Райнер Тёлле

ПСИХИАТРИЯ

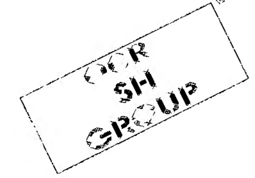
Райнер Тёлле

ПСИХИАТРИЯ

С ЭЛЕМЕНТАМИ ПСИХОТЕРАПИИ



Минск
"Вышэйшая школа"
1999



Rainer Tölle

Psychiatrie

einschließlich Psychotherapie

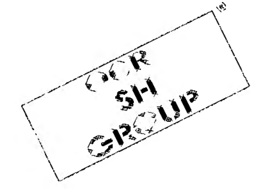
Kinder- und jugendpsychiatrische Bearbeitung
von Reinhart Lempp

Elfte, überarbeitete und ergänzte Auflage

Mit 26 Abbildungen, davon 15 in Farbe,
und 10 Tabellen



Springer



УДК 616.89
ББК 56.14
Т31

Разделы детской и подростковой психиатрии переработаны
Рихардом Лемппом

Перевод с немецкого доктора медицинских наук
профессора *Г.А. Обухова*

Редактор перевода
кандидат медицинских наук *А.Л. Пушкарев*

Тёлле Р.
Т31 Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г.А. Обухова. — Мн.: Выш. шк., 1999. — 496 с.: ил.; цв. вкл.
ISBN 985-06-0146-9.

Вниманию специалистов предлагается переводная книга известного за рубежом психиатра профессора Райнера Тёлле, выдержавшая 11 изданий. Учебник включает три раздела: «Общая часть», «Болезни» и «Лечение». Излагаются современные подходы немецкой психиатрической школы к вопросам диагностики, классификации описания психических заболеваний и их терапии. Особое внимание уделяется специфике взаимоотношений врача и пациента.

Для студентов медицинских институтов, врачей-интернов и специалистов

УДК 616.89
ББК 56.14

Originally published in German under the title:
«Psychiatrie» by Rainer Tölle

ISBN 985-06-0146-9 (рус.)
ISBN 3-540-61252-1 (нем.)



Предисловие переводчика

Профессор Райнер Тёлле, автор данного учебника психиатрии, является крупным ученым, руководителем психиатрической клиники медицинского факультета Мюнстерского университета. Клиника его представляет собой современное медицинское учреждение, оборудованное самой современной аппаратурой, где проводятся современные методы исследования и лечения. Большой опыт обучения студентов позволил автору начиная с 1971 г. обобщать свои воззрения в учебнике, который выдержал 11 изданий.

Учебник психиатрии Райнера Тёлле является одним из наиболее популярных у студентов-медиков Германии. Подобная популярность объясняется такими качествами изложения материала, которые любят студенты. Это четкость стиля, конкретность формулировок основных научных понятий, доступность и даже увлекательность объяснения достаточно сложных положений в психиатрии, изложение современного состояния этой непростой медицинской дисциплины.

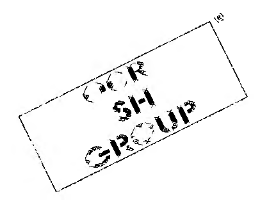
Требования, предъявляемые к современной психиатрии, заключаются в необходимости более широкого знакомства с положением науки на Западе, состоянием знаний в каждой из изучаемых студентами дисциплин. Один из путей выполнения этой задачи – издание переводных учебников. При этом целесообразно соблюдать принцип соответствия излагаемых научных положений уже имеющимся, чтобы изучаемый материал не представлялся читателю абсолютно чуждым и поэтому неприемлемым.

В отличие от французской и англоамериканской психиатрии, постоянно придерживающихся синдромального подхода к классификации и диагностике психических расстройств, германская и отечественная психиатрия издавна развивались на принципах нозологического подхода к психическим расстройствам, изучения этиологии и патогенеза, материальной основы психических заболеваний. Это определило выбор немецкого учебника по пси-

хиатрии, как наиболее близкого нашим воззрениям на основы теории медицины. Знакомство с данным учебником позволит студентам расширить свой кругозор, углубить знания в области психиатрии и ознакомиться с ее состоянием за рубежом. Учебный материал, выделенный в тексте, особенно важен для понимания и усвоения.

Конечно, не со всеми положениями, излагаемыми в учебнике, легко согласиться, но вряд ли кто-либо из нас вправе считать себя единственным обладателем истины в последней инстанции.

Г. А. Обухов, профессор кафедры психиатрии
Гродненского медицинского института



Предисловие к одиннадцатому изданию

Через 25 лет после первого издания выходит в свет 11-е издание, которое, как и предыдущее, основательно переработано и приведено в соответствие с современными взглядами психиатрии. Во многие разделы внесены дополнения и изменения, которые, однако, не увеличили объем книги.

Книга должна служить целям обучения и совершенствования, *но не заучиванию* каких-либо положений и снятию тем самым спорных вопросов. Она должна скорее обучить пониманию психиатрии и ее взаимосвязей с другими областями медицины.

Неизменными остаются ведущие идеи книги: многосторонность психиатрического рассмотрения вопросов этиологии и терапии. Этот принцип, хотя и широко известен, на практике применяется далеко не всегда. Книга отражает стремление противостоять постоянно возникающим тенденциям одностороннего и упрощенного понимания сущности психических заболеваний, так как именно такие тенденции приводят к многочисленным заблуждениям в теории и практике психиатрии. Также убедительно показано, что психотерапия уже давно и безусловно относится к психиатрии.

Я должен поблагодарить в первую очередь своего соавтора профессора Рейнхарда Лемппа, который написал разделы детской и подростковой психиатрии и помогал в создании остальных частей книги. Я благодарю также читателей, которые дали нужные мне советы, и моих сотрудников, которые в психиатрической университетской клинике Мюнстера вдохновляли меня в повседневной работе.

Я также благодарен издательству Шпрингера за совместную многолетнюю плодотворную работу, в частности редактору Анне Ц. Репнов и Уте Пфафф – издателю книги.

Мюнстер/Вестфалия, август 1996 *Р.Тёлле*

Как пользоваться книгой

В этой книге психиатрия излагается настолько приближенно к практике, насколько это возможно. Конечно, в учебнике трудно изложить все детали обследования и лечения больного. Подобный опыт приобретается только в процессе практической работы. Однако здесь уже сообщается как можно больше о переживаниях и страданиях больного, поскольку учебник ориентирован скорее на особенности личности больного, чем на патогенез заболеваний.

Определения останутся пустой абстракцией, если они не будут отражать особенности каждой индивидуальной личности. «В клинической практике встречаются многие ситуации, которые не отражены в учебнике, поскольку они имеют место только у какого-то конкретного больного и привлекают внимание исследователя только на определенный момент. Речь скорее идет о личности больного и конкретном материале, чем о данных для научного исследования ...» (Вайцзеккер).

Психиатрические знания представляют собой суммирование и обобщение конкретного индивидуального опыта. Такие абстрагированные знания нельзя переносить на индивидуальную судьбу больного. Об этом следует помнить читателю, который, будучи неспециалистом или пациентом, попытается получить относящиеся к его состоянию сведения. Судьба у каждого пациента своя, и ее нельзя переносить с одного больного на другого. По этой причине в учебник сознательно не внесены примеры из практики.

В книге в основном описываются психически больные люди и мало затрагиваются проблемы тех, кто работает в области психиатрии. Эти проблемы, несмотря на их значимость, не могут обсуждаться в учебнике. Опыт решения собственных проблем можно приобрести только при клиническом обучении и совершенствовании под соответствующим руководством и супервизи-

ей. По этой причине учебник не берет на себя эту функцию. Это же касается и проблем взаимоотношений врача и больного.

Чтобы облегчить усвоение материала, пришлось отказаться от вводной теоретической главы по общей психопатологии. Обсуждение ее важнейших тем изложено в разделах частной психиатрии (все их можно разыскать при помощи алфавитного указателя). За вводными главами (часть 1) будут разбираться конкретные психические заболевания (часть 2), классифицируемые не по устаревшей триадической системе (психогенные, эндогенные, соматогенные), господствующей и поныне. Разделение глав в столь же малой степени соответствует Международной классификации болезней (10-й пересмотр которой получил исчерпывающие разъяснения), поскольку такой подход оказался дидактически непригодным.

Учебный материал по детской и подростковой психиатрии, а также по психиатрии позднего возраста собран в отдельной главе. Психосоматическая медицина в учебнике по психиатрии может быть затронута лишь вскользь, поскольку во всякой клинической дисциплине она имеет свою область и представлена в качестве особенной точки зрения на характер болезни. Важнейшие положения психосоматической медицины в этой книге содержатся в главе, посвященной общему учению о неврозах.

Этические и юридические вопросы психиатрии обсуждаются в их взаимосвязи с клиникой болезней (и не представлены в отдельной главе). В некоторых местах сообщаются сведения из истории психиатрии, которые важны для понимания ее современного состояния.

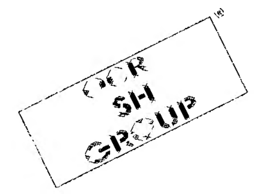
В части 3 описываются подходы в терапии психических болезней с учетом того, что невозможно описать все нюансы применяемых методик, которые постигаются лишь при практическом их применении. В разделе по фармакологии речь идет о медикаментах, применяемых в Швейцарии и Австрии. Раздел об организации психиатрической помощи касается ситуации, сложившейся в Германии.

Детальность описания и объем глав не соответствуют частоте или степени тяжести заболеваний. Ряд обстоятельств бывает трудно объяснить, поэтому их приходится описывать детальнее других, не менее важных, но легко понятных. Например, описание бреда требует больше места, чем толкование навязчивостей; причины органических психозов описать легче, чем изложить теорию этиологии шизофрении. Биологические данные проще

изложить, чем дать объяснение психологическим фактам. Психодинамические взаимосвязи труднее поддаются пониманию, и поэтому их гораздо важнее более обстоятельно обсудить, нежели какие-то аспекты теории научения.

Поскольку учебному пособию подобает в большей степени сосредоточивать внимание на материале, прошедшем проверку временем, постольку мы отказались от исчерпывающего представления новейших результатов исследований. Также не ставилась задача составления полного библиографического списка источников. Список литературы не приводится, так как преимущественно содержит подборку лишь немецкоязычных монографий.

Части текста, напечатанные мелким шрифтом, содержат разъяснения, примеры, цитаты, историко-научные и теоретические экскурсы, а также узкоспециальный познавательный материал.



I. ВВЕДЕНИЕ

ЧТО ТАКОЕ ПСИХИАТРИЯ?

Психиатрия — это отрасль медицины, которая занимается диагностикой, терапией и профилактикой психических заболеваний человека. Поскольку психические заболевания вызывают также соматические расстройства, а еще более потому, что психические, социальные и соматические факторы совместно способствуют их возникновению, психиатрия (и клиническая, и научная) должна опираться и на психологические, и на биологические категории.

Психиатрия для большинства людей представляется непонятной и таинственной областью знаний. Диагноз психического заболевания на многих людей производит очень тяжелое впечатление. Если вспомнить, как часто в медицине встречаются необоснованные сенсационные сообщения, то неудивительно, что психиатрия легко вызывает страх, а предположения о психическом заболевании нередко вытесняются как неприемлемые. С другой стороны, сегодня широко распространилось мнение, что все душевное, в том числе и психические заболевания, понятно даже профанам, и всегда можно легко рассуждать на темы психических заболеваний и психиатрии вообще. Таким образом, установки здесь неоднозначны и разноплановы.

Тот, кто занимается психиатрией основательно, открывает для себя чрезвычайно многообразную, интересную в научном отношении и успешную в плане терапии область знаний, которую по праву можно отнести к медицинским дисциплинам, достигшим больших высот в последние годы.

Психопатология — это раздел психиатрии, занимающийся «описанием болезненных переживаний, состояний и поведения человека в их душевных, социальных и биологических соотношениях» (Мундт). Такое определение позволяет заключить, что психопатология имеет разные направления. Психические расстройства описываются, диагностируются и классифицируются (описательная, или категориальная, психопатология); психопатология соотносится с психиатрией примерно так, как патологическая физиология с терапией. Кроме того, психопатология раскрывает внутренние связи психических нарушений (феноменологическая и разъясняющая психопатология), а также глубинно-психологические и межчеловеческие отношения (динами-

ческая, интеракционная, или прогрессивная, психопатология). Под патологическим аспектом подразумевается характер переживаний больным своего состояния.

Как патологическая физиология строится на фундаменте общей физиологии, так и психопатология базируется на психологии. **Психология** – это научное освещение нормальных психических процессов, включая их практическое приложение. Наряду с общей и экспериментальной психологией медиков интересуют психология развития, учение о личности и психодиагностика.

Медицинская психология – это совокупность проблем медико-психиатрических исследований. Она включает психосоциальное развитие человека, его отношение к здоровью и болезни, взаимоотношение врача и больного.

В порядке апробации в Германии доклиническим исследованием больных занимаются специалисты из области медицинской психологии и медицинской социологии. Это нововведение необходимо приветствовать как прогрессивное, однако к подобным исследованиям следует относиться критически, если они остаются чисто теоретическими и не подкрепляются клиническими данными. В Швейцарии пошли другим путем. Там данные подобных специалистов обобщаются в рамках **психосоциальной медицины**, изучающей «здоровье и болезни с биопсихосоциальных позиций» (Вилли и Хейм).

Клиническая психология – это часть прикладной психологии. Однако термин «клиническая» не подразумевает в этом контексте клинику и лечение болезни. Клиническая психология занимается лишь личностной диагностикой (показатели тестов) и по психологическим показателям позволяет оценить различные события в жизни человека и предложить соответствующие рекомендации (например, по воспитанию, обучению, профессиональным, семейным проблемам, отношению к наркотикам). Между психологическими рекомендациями и психотерапией нет четкого разграничения.

Психиатрия ни в коем случае не опирается только на психологию и психопатологию. Часто используемое понятие «психологическая медицина» фальшиво и лишь вводит в заблуждение, поскольку психиатрия охватывает значительно бóльшую область, чем только психологические или социально-психологические процессы. Психиатрия – это медицинская дисциплина с широкой биологической областью приложения. Если оперировать понятием «биологическая психиатрия», то при этом речь идет не о субдисциплине, а о рабочем направлении внутри психиатрии.

Биолого-психиатрические исследования используют нейроанатомические и нейропатологические, нейрофизиологические и психофизиологические, биохимические и фармакологические,

нейрорадиологические, хронобиологические, генетические и другие методы.

Психофизиология рассматривает отношения между физиологическими и психологическими, в том числе психопатологическими, процессами. Особое внимание уделяется физиологическим процессам, которые связаны с поведением и переживаниями. При этом различают исследования на уровне центральной мозговой активности (ЭЭГ и родственные методы) и на уровне периферической активности (преимущественно вегетативных функций, таких как частота пульса, артериальное давление, кожно-гальваническая реакция, температура).

Нейропсихология представляет собой область исследования, которая изучает отношения между локальными и общемозговыми нарушениями структуры или функций, в том числе и ограниченные выпадения функций (например, афазии, апраксии, когнитивные нарушения).

Большое практическое значение имеет *психофармакология* – учение о влиянии фармакологических средств на психические процессы. Она подразделяется на нейропсихофармакологию с ее экспериментальным и биохимическим направлением и клиническую психофармакологию, которая отчасти также является экспериментальной, но в основном имеет терапевтическую направленность.

Клиническая психиатрия – это центр описанного выше круга, состоящего из биологических, психологических и других рабочих дисциплин. Эти различные дисциплины способствуют формированию основополагающих знаний в психиатрии, которые служат диагностической, терапевтической и профилактической работе.

Благодаря достижениям последних десятилетий психиатрия стала сугубо лечебной дисциплиной. Многие *разделы терапии* психических заболеваний имеют объем субдисциплин.

Психотерапия ориентирована на лечение больных методами психологического воздействия. Она является частью как психиатрической терапии, так и терапии в психосоматически ориентированной медицине. Методы этого лечения многообразны (они описываются в специальной главе). Наиболее важные основы психотерапии заложены в глубинной психологии (психодинамике) и обучающей или поведенческой психологии.

Психофармакотерапия (фармакопсихиатрия) – это медикаментозное лечение психических заболеваний. В настоящее время она составляет основу методов соматического лечения психозов.

Социотерапия (социальная психиатрия) охватывает психосоциальные, особенно межчеловеческие, отношения психически больного, поскольку они могут стать причиной возникновения болезни, но в большей степени они важны для лечения и реаби-

литации больных. Аналогичное приложение имеют такие новейшие направления, как общинная психиатрия и экопсихиатрия (экологическая психиатрия).

Социальная психиатрия исследует социологию психических заболеваний и включает теорию отношений между психически больным и обществом, а также *эпидемиологию* и основные проблемы психиатрического призрения.

Транскультуральная психиатрия (сравнительно-культуральная психиатрия, этнопсихиатрия) рассматривает культуральные социологические особенности разных народов, рас и различных культурных слоев населения и их значение для возникновения и проявления психических заболеваний. При ряде психических нарушений найдены значительные транскультуральные различия. То, что изложено в данной книге, нельзя полностью переносить на психиатрию других культурных кругов. В практической психиатрии часто трудно понять пациента из рабочих-иммигрантов или беженцев, определить его установки и характер поведения, даже если имеется достаточный речевой контакт.

Универсальность задач психиатрических исследований и лечения больных вызывает необходимость совместной деятельности специалистов разных *профессиональных* групп. Наряду с врачами, медсестрами и сиделками в психиатрических учреждениях трудятся психологи и педагоги, социальные педагоги и социальные работники, инструкторы по занятости и труду (эрготерапевты), специалисты по музыке и искусству, по лечебной гимнастике и физиотерапии, а в исследовательских учреждениях также фармакологи, биохимики и социологи.

В плане *практической помощи больным* психиатрия разделена на специализированные отрасли. Так, наркоманов и лиц с интеллектуальной задержкой, психически больных позднего возраста и психически больных правонарушителей лечат в особых учреждениях, не изолированных, впрочем, от общей психиатрии.

Психиатрия позднего возраста (геронтопсихиатрия, психогериатрия) – учение о душевных заболеваниях в пресенильном и в сенильном возрасте. Это две большие возрастные дисциплины, параллельные терапевтической гериатрии. Психиатрия позднего возраста не стала самостоятельной отраслью, как детская и подростковая психиатрия, а представляет некоторую рабочую область в психиатрии. Исследования психических заболеваний старых людей показывают, что они, если не считать акцентуирования возрастной психики, во многом соответствуют психическим нарушениям среднего возраста. Психиатрия позднего возраста занимается как психически больными, у которых наступает старость, так и психическими заболеваниями, впервые возникаю-

щими в позднем возрасте. Следует отметить, что количество больных второй группы значительно увеличивается в настоящее время в связи с нарастанием средней продолжительности жизни населения. Исследования и практику в области психиатрии позднего возраста в Германии необходимо значительно интенсифицировать. В данной книге особенности проявления болезни и лечения больных позднего возраста представлены в специальной главе.

Судебная психиатрия охватывает правовые вопросы, касающиеся *психически больных*, в том числе вопросы оценки свободного волеизъявления, судебной ответственности и судебных решений, а также лечения и реабилитации психически больных *правонарушителей*. Она имеет родство с *криминологией*, которая занимается в основном криминальными действиями *психически здоровых* лиц. В книге представлены самые важные для психиатрии правовые определения.

Иначе, чем с этой субдисциплиной, обстоит дело с **детской и подростковой психиатрией** (педопсихиатрия), которая стала самостоятельной медицинской отраслью. Ее рабочая область — патология развития и клиника психических нарушений от грудного до подросткового возраста. С одной стороны, она основывается на педиатрии, психиатрии и неврологии, а с другой — содержит компоненты психологии развития, глубинной психологии и восстановительной педагогики. Терапия и рекомендации распространяются не только на детей и подростков, но и на их родителей и воспитателей.

Детская и подростковая психиатрия является самостоятельной наукой и в то же время базой для психиатрии взрослых, поскольку психопатология развития ребенка создает основу для многих форм и проявлений психопатологии у взрослых. Четкое возрастное разделение обеих областей невозможно из-за вариабельности психического и социального созревания. В судебной области юношеская психиатрия в связи с соответствующим судебным законом охватывает возраст до 21 года. Только совместная деятельность и переплетение детской и подростковой психиатрии с психиатрией взрослых, как мы пытаемся определить в этой книге, может способствовать выправлению критической фазы подросткового периода.

В заключение следует назвать две соседние дисциплины, с которыми психиатрия тесно связана общностью методов и перекрещивающимися проблемами.

Психосоматическая медицина — это учение о болезнях, соматические проявления которых обусловлены психическими факторами или связаны с психической сферой. Точнее сказать, современная психосоматическая медицина имеет дело в основном

с четырьмя группами болезней: функциональными расстройствами органов с вегетативными нарушениями; конверсионными синдромами; психосоматическими заболеваниями в узком смысле слова (с морфологически определяемыми изменениями органов: бронхиальная астма, язва двенадцатиперстной кишки, язвенный колит и т. п.); четвертую группу лучше определить, как соматопсихические нарушения, например депрессивные и иные нарушения психики, являющиеся реакцией на тяжелое соматическое заболевание.

При этом функциональные и конверсионные синдромы имеют разные особенности в психиатрической и психосоматической практике. Однако близость и даже родственность этих двух групп заболеваний вызывает особый интерес к соматопсихическим и психосоматическим аспектам всех заболеваний. Осмысливая значение *субъекта* (фон Вайцзеккер; см. рис.15 на цв. вкл.), т. е. индивидуальности переживающего и страдающего человека, психосоматическая медицина подводит не только к выявлению причины заболевания, но и к пониманию смысла и оценки выраженности болезненных проявлений во взаимодействии соматического и психического ее начал. В конечном счете психосоматика — это медицина единства соматического и психического. Она охватывает всю сферу имеющихся взаимоотношений между соматическими и психическими процессами (духовно-телесная проблема), включая экспериментальные исследования этих связей.

Психосоматическая медицина как новая отрасль науки вводит свое название специализации для врачей: «Психосоматика/ Психотерапия». Такая формулировка может привести к ошибочной ее трактовке, поскольку эти два понятия не являются синонимами и не связаны друг с другом напрямую. К сожалению, врачебное руководство 1992 г. вводит столь же нечеткую формулировку — «Психотерапевтическая медицина».

Неврология — это учение об органических заболеваниях центральной, периферической и вегетативной нервной систем (включая определенные мышечные заболевания), т. е. о таких заболеваниях, в клинике которых психические расстройства не являются ведущими. Впрочем, неврология и психиатрия в Германии долгое время были связаны воедино как наука о лечении *нервных заболеваний*. Обретение каждой из них самостоятельности соответствовало различию в задачах, стоящих перед ними. Общим для обеих дисциплин является ряд методов исследования и диагностики во многих пересекающихся областях, особенно при органических заболеваниях мозга.

С дальнейшим проникновением смежных и близких дисциплин в рабочие направления психиатрии появляется все больше литературы о возможностях ее различного приложения.

МЕТОДЫ

Как и другие науки, психиатрия использует свои методы изучения, распознавания динамики и обобщения получаемых данных. Методы эти различны и многообразны.

Описательный метод

Главная задача этого метода состоит в том, чтобы пронаблюдать и описать проявления здоровой и больной душевной жизни. При исследовании и лечении необходимо обращать внимание как на «поверхностные», так и на «глубокие» проявления этой жизни. И те, и другие следует определить, назвать научным языком, пронаблюдать их связи и систематизировать с определенных научных позиций.

Наблюдение должно описываться и трактоваться независимо от собственной модели мышления и теоретических позиций. Эти исследования в принципе самостоятельные, но их нелегко осуществлять на практике. Если проводить изучение с готовых позиций теоретической науки, то оно может оказаться бесполезным, а с диагностической — даже принести вред, поскольку поставленный с ненужной поспешностью диагноз может причинить вред здоровью (диагностическое предрешение вопроса).

В зависимости от того, оценивает ли исследователь данный симптом как проявление органического психосиндрома или шизофренического аутизма, можно по-разному описывать признаки обеднения побуждений. То же относится и к повышенному настроению, которое может быть с излишней поспешностью оценено как эйфория или мания. Использование для обозначения симптомов таких специализированных терминов, как нелепый или ущербный, манерный, истерический или аггравирующий, может привести к диагностически ошибочным суждениям.

Чем меньшую предубежденность проявляет исследователь и чем более пластичный характер носит его описание, тем больше у него шансов избежать ошибок. Наблюдение и регистрация данных во многом зависят от исходных теоретических позиций исследователя: склонен ли он больше к биологическим или личностным оценкам; следует ли он принципам поведенческой психологии или психоанализа; склонен ли он к терапевтической активности или относится к ней отрицательно. Хотя каждый психиатр в той

или иной мере ограничен определенным направлением мышления, речь в меньшей степени идет о требовании, что исследователь должен *быть* непредвзятым. Скорее речь о том, что он должен осознавать основные посылки своего образа мыслей с тем, чтобы абстрагироваться от них и *действовать* непредвзято.

При этом необходимо помнить основную цель *феноменологического метода*: независимо от теоретических предпосылок психопатологические феномены психического состояния должны восприниматься так, как их переживают сами больные (К. Ясперс). Оценка состояния на основе поведения и способов контакта должна распространяться и на переживания больного. При этом феноменология исходит из описательного метода, который способствует более полному пониманию больного.

Встречающиеся при этом трудности столь велики, что сторонники некоторых направлений в психологии вообще отрицают возможность и необходимость изучения переживаний (например, учение бихевиоризма), однако подобное самоограничение в изучении проблемы для психиатрии неприемлемо.

От психиатрически-феноменологических подходов следует отличать философский аспект феноменологии, хотя и в нем для оценки «сущности» и «смысла» приходится опираться на наблюдения внешних проявлений психических процессов. Именно этим путем феноменология Гуссерля и Хайдеггера проникла в теорию психиатрии (экзистенциальная психиатрия, дазайн-анализ).

Понимание

Методом, посредством которого оцениваются переживания другого человека, является понимание его. Понимание вычленяет духовное начало из душевных порывов, позволяет видеть связи через мотивацию. Понимание подразумевает эмпатию (вчувствование, сопереживание), способность войти в положение изучаемого человека. Критерием правильного понимания является уверенность как больного, так и врача в том, что их взаимосвязь достаточно прочная.

Понимание врачом переживаний больного во многом зависит от способности врача вчувствоваться. Степень такого понимания возрастает с опытом. Термины «вчувствование» и «непосредственная уверенность» показывают, что здесь речь идет о субъективных отношениях между пациентом и врачом, которые не

поддаются объективным критериям оценок даже при накоплении большого опыта.

С естественнонаучных позиций метод понимания мало приемлем. Психиатру известны источники ошибок, обусловленные субъективностью такого метода: что считается ясным, не обязательно является истинным. Но в этой субъективности не следует видеть одни только недостатки. Болезнь — это не только биологический процесс и объект медицины, но и страдание больного человека. Фон Вайцзеккер, интернист и невролог, пришедший в психиатрию, выделил патический (вчувствование, сопереживание) и онтический (объясняющий естественнонаучно) аспекты процессов. И тот, и другой имеют значение в психиатрии и неотделимы друг от друга.

Вчувствование и сопереживание являются существенными критериями отношения врача и его сотрудников к больному. Конечно, не каждая болезнь нуждается в сочувствии и сопереживании и не каждого больного нужно понимать непосредственно. К отношениям врач—больной принадлежит (в том числе и в психиатрии) и объективированная (если не дистанцированная) оценка симптомов, особенностей и жалоб больного, равно как и соответствующее использование возможностей лечения.

Психодинамический метод

Психодинамические процессы вытекают из наглядных и доступных пониманию фактов и нацелены на «глубинные» смысловые связи, на «взаимодействие психических сил, потребностей, мотиваций, установок, характера, сопротивления, страха...» (Бенедетти). Психодинамика как глубинная психология опирается также на бессознательную душевную жизнь, которая доступна пониманию лишь опосредованно. По аналогии с феноменологическим пониманием говорят о психодинамическом или психоаналитическом понимании: при определенных обстоятельствах душевное состояние может влиять на телесное.

Психоанализ составляет базу психодинамики. В него входят прежде всего учение о фазах развития личности, представление о различных способах преодоления конфликтов, о защитных механизмах при неврозах, психозах и психосоматических заболеваниях, об опыте терапии, и особенно о тех изменениях, которые происходят при психодинамически направленных терапевтических вмешательствах. Эти аспекты позволяют рассматривать *психодинамику* как *клиническую* часть психоанализа.

Другая часть — это *теория*: психоанализ развивает собственное *учение о личности* в ее глубинно-психологической основе. Это, так сказать, «думающее продолжение психодинамики» (Бенедетти). Эта «метапсихология» в своих механистически акцентуированных формах не является бесспорной: сегодня она значительно видоизменена и дополнена.

Психодинамические исследования вскрыли многие ранее неизвестные свойства человеческой психики и значительно повлияли как на психиатрию, так и на психологию. Они позволили понять, казалось бы, необъяснимые поступки, особенно в судебно-психиатрической практике, критически изучать сравнимые случаи заболевания, а также анамнезы и опыт пациентов. Это эмпирически обоснованное понимание, которое ни в коем случае не созвучно с прощением, образует предпосылки объективного, по возможности, суждения о личности и формах ее поведения.

Коль скоро психодинамика стремится к познанию смысловых связей индивидуальной душевной жизни и использует метод интерпретации (чем пользуются и другие психологические школы), то становится возможной верификация положений психодинамики благодаря систематической деятельности, базирующейся на казуистических наблюдениях, а также на экспериментальных исследованиях (по крайней мере, в некоторых областях психодинамики).

Экспериментальная психопатология

Описательный, понятийно-психологический и психодинамический методы родственны между собой, поскольку все они опираются на клинический эмпиризм без привлечения каких-либо дополнительных средств. Клинические методы, направленные на изучение индивидуальной личности и истории ее жизни (идеографические приемы), противопоставляются экспериментальным методам, которые используют объективные, оцениваемые количественно общие закономерности (номотетические приемы). Экспериментальная психопатология использует как психологические, так и биологические методы.

Психопатология никогда не сможет быть чисто экспериментальной наукой. Эксперимент имеет определенные границы, которые не следует преступать при изучении человека, используемого как подопытное существо. Кроме того, ограничения вытекают из существа самих экспериментальных методик, поскольку они имеют целью абстрагирование от конкретного человека, а психопатология, наоборот, опирается на индивидуальные особенности больного. С другой стороны, в эксперименте изучаются отдельные детали, а психиатрические методы направлены на личность как целостность. В эксперименте можно лишь пытаться моделировать естественную жизненную ситуацию, но невозможно создать идентичные условия.

В конце концов, стоит заметить, что исследование психологических и психопатологических феноменов в основном стало возможным лишь благодаря экспериментальному образу действий. Большинство процессов душевной жизни с трудом либо лишь на короткое время становятся доступными для исследования посредством вторжения экспериментальных методов. Несмотря на эти трудности, благодаря серьезным методическим разработкам в психологии и психиатрии удалось в значительной мере расширить диапазон экспериментального метода, как это показали и психология научения, и поведенческая терапия.

Методы психологии научения

Экспериментальная психопатология основывается на теории научения. Она изучает *приобретенные* формы реакций (не врожденные) и заученные виды поведения, а также анализирует сам процесс научения. Основные направления исследования базируются на учении Павлова о рефлексах и на бихевиористской психологии Уотсона.

Простым примером применения метода является анализ приспособления поведения к новым, меняющимся условиям существования и создание таким путем условных рефлексов. Приложение метода к психиатрии основывается на изучении результатов экспериментов на животных с перенесением их на человека, например вызывание стрессорным фактором патологических форм поведения или провоцирование агрессивности у животного (так называемые экспериментальные неврозы), а также на данных экспериментальной психопатологии и психофармакологии. При этом психические нарушения рассматриваются как следствие неверного (неадекватного) процесса научения, неправильного формирования условных связей, которые стараются разрушить соответствующими методами Областью применения подобных методов является поведенческая терапия, которая в современных условиях опирается на широкую базу экспериментальных исследований и на когнитивные подходы.

Когнитивные методы. Познание – это трудно определяемое общее понятие для структурирования и оценки функций восприятий, суждений и речи. Если окружающий мир в результате дисфункционального познания воспринимается искаженным, то, по канонам когнитивной теории, возникают психические нарушения.

Исследование поведения

Этология как сравнительное исследование *врожденных* форм поведения занимается «биологическими основами инстинктивного и аффективного поведения» (Плуг). Для объяснения поведения человека приводятся аналогии из инстинктивного поведения животных. Учение о рефлексах – рефлексология – использует это направление исследований. Этология занимается прежде всего вопросом, как переплетаются врожденные и приобретенные формы поведения, как отдельный индивидуум приспосабливается к существующему специфическому окружению.

Для лучшего осмысления взаимодействия врожденного и приобретенного (изучаемого) поведения проводится исследование *развития поведения*, например в грудном возрасте. Эта сравнительно новая отрасль исследования пользуется научными положениями этологии, а также теорией научения и теорией развития познания.

Нейробиологические методы (исследование мозга)

Психиатрия как медицинская дисциплина опирается на многие биологические методы исследований и наблюдений. Центр их тяжести распределяется по-разному: невропатология и нейрогистология занимаются в основном соматически обусловленными психиатрическими, а равно и неврологическими заболеваниями. Важно подчеркнуть, что область их интересов все расширяется, так как болезненные состояния, которые раньше расценивались как эндогенные или генуинные, сегодня обнаруживают соматическую основу. Например, симптоматическая эпилепсия, симптоматические психозы, ранние детские мозговые повреждения. Нейрофизиология с помощью электроэнцефалографии исследует морфологическую основу эпилепсии и расстройств сна.

Современные *нейрохимические исследования* изучают в основном трансмиттеры, клетки крови как модели нервных клеток. Психонейроэндокринология занимается исследованием гипоталамо-гипофизарной эндокринной системы, особенно при аффективных и шизофренических психозах.

При исследованиях мозга душевная жизнь не может стать непосредственным объектом изучения, в связи с чем исследование ее приходится проводить опосредованно, через соматические процессы, в той или иной мере являющиеся «носителями» психического. Между соматическими проявлениями и психопатологическими феноменами лежит пропасть, которая затрудняет сопоставление телесного и духовного. Исследования мозга не могут заполнить эту пропасть, они не могут «высветить» психопатологическую симптоматику; эти морфологические, физиологические или химические аномалии являются лишь материальными коррелятами психических нарушений. Аналогичным образом оцениваются и эффекты действия психофармакологических средств, которые непосредственно влияют на психические функции.

Биолого-психиатрические исследования проводятся путем определения *маркеров*, особенно при психозах. В понятие маркеров вкладывают не только генетическое содержание (определенная позиция гена в хромосоме), его применяют и в более широком смысле как «указатель». При этом изучают статические маркерные признаки, которые проявляются только во время болезни, тогда как динамические маркеры обнаруживают в течение всей жизни.

Нейробиологические работы занимают все больше места в психиатрических исследованиях. Они содержат много новых данных, которые не всегда объяснимы с клинических позиций. Необходимы дальнейшие усилия, чтобы ближе подойти к этиопатогенезу психических заболеваний и к механизмам действия терапевтических вмешательств. Нейробиологические работы, однако, могут вызывать сомнения, если они приводят к односторонним и излишне позитивистским оценкам и стремятся подменить все другие мнения, не опираясь в то же время на индивидуальность и субъективизм пациента.

Генетика

Психиатрическая генетика зародилась во французской психиатрии в начале 19 в., однако систематические генетические знания были получены лишь в первых десятилетиях нашего века в Германии.

Здесь нельзя не указать, что психиатрические исследования наследственности были отягощены злоупотреблениями в национал-социалистической Германии. Духовные и политические корни этого явления кроются в основном в социал-дарвинизме, в расовой гигиене (превосходство нордической расы), а также в медицинской евгенике (которая использует, казалось бы, гуманную медицинскую мотивацию первичной профилактики неизлечимых психических заболеваний путем создания затруднений в произведении потомства) и в пропаганде лишения жизни лиц, не достойных сохранения жизни.

Генетика человека в психиатрических исследованиях долгое время использовала фенотипический материал (т.е. психические нарушения) в семьях, у близнецов, при усыновлениях. Ныне исследования проводятся на уровне генной продукции — хромосомах и генах (ДНК). Они показывают, что в формировании психических заболеваний наряду с генетическими участвуют и другие факторы, называемые гетерогенией, и что у одинаковых, казалось бы, пациентов имеют значение многие факторы (так называемый мультифакториальный генез).

Генетические исследования методологически используют *маркеры*, которые подразделяются на генотипические маркеры, или маркеры ДНК, определяемые путем прямого анализа ДНК (например, Х-хромосомное наследование при шизофрении), и, с другой стороны, фенотипические маркеры, которые определяются на соматическом уровне, например, по активности энзимов, концентрации трансмиттеров и чувствительности рецепторов. Фенотипические маркеры в свою очередь подразделяются на соседствующие маркеры, которые расположены по соседству друг с другом, но функционально друг с другом не связаны, и ассоциативные маркеры, функционально связанные с данным заболеванием. Такие ассоциативные маркеры могут быть спонтанными или вызываться внешними воздействиями.

Предпринимаются попытки различать компоненты генетической обусловленности от доли влияния причин иного происхождения. Частности излагаются в специальной главе.

Психиатрическое *конституционное учение* (Кречмер, 1922) исследует показатели соотношения между строением тела и типом психоза (формой его течения); многие подобные находки, по данным катамнеза, имеют лишь относительное значение.

Эпидемиология и исследование динамики

Эпидемиологическая оценка частоты психических заболеваний, влияния социокультурных факторов на их течение важна как для фундаментальных исследований, так и для решения вопросов призрения больных. Психиатрические *исследования эффективности лечения* проводят вначале анамнестически, а затем катамнестически (при последующих осмотрах). Такие лонгитудинальные наблюдения существенно обогащают психиатрические знания и подвергают ревизии многие донаучные взгляды, например, на неврозы и на шизофрению. В настоящее время в эпидемиологии ретроспективным методам предпочитают проспективные, они более результативны, хотя и требуют больше затрат.

Антропологические основы психиатрии

Глава о психиатрических методах не может быть завершена без изложения современных антропологических основ психиатрии. Здесь, как и в предыдущих разделах, речь идет не об определенных методах наблюдений, лечения или исследования, а о самом больном человеке, о человеческом облике в рамках психиатрии.

Антропологическое обоснование психиатрии базируется в основном на трех положениях: феноменологии (сейчас это понятие по-разному используют в психологии и философии); психосоматически ориентированном подходе, идущем от Вайцзеккера (см. рис.15 на цв. вкл.), и других, особенно на дазайнанализе, исходящем из учения Бингсвангера, развившего феноменологию Гуссерля и анализ существования Хайдеггера, а также родственные им направления (Гебзаттель, Байер, Бланкенбург).

Вместо того чтобы вникать в суть многочисленных вариантов различных направлений, правильнее определить их основополагающие принципы: не отдельные переживания, а мир больного в целом должен быть в центре внимания врача; не патология и болезнь, а бытие больного, его существование или бытие в мире (по терминологии Хайдеггера). Это бытие, как и у здоровых, рассматривается как нечто собственное, непреложное и бесценное. В основе этих научных направлений лежат такие категории, как больной—здоровый, внутреннее—внешнее, физическое—психическое. В то же время сомнительно, чтобы при этом говорилось о «душе».

Вышеописанные отдельные дисциплины в психиатрии затрагивают определенные аспекты деятельности человека (например, физиологический или химический уровень, инстинктивное поведение, обучение, неосознанные побуждения). Антропологический подход стремится объединить все эти разные аспекты исходя из старых философско-антропологических представлений, пытавшихся совместить целостную и личностную оценки. Это позволяет, кроме всего прочего, оценить в полной мере взаимоотношения понятий «быть человеком» и «быть с людьми» (по Хайдеггеру).

Таким образом, психиатрическая антропология — далеко не новое явление для клиники и исследований, но ее можно рассматривать как базис осмысления сущности психически больного человека в соответствии с уровнем современного состояния науки в области психиатрии.

Поэтому антропология эффективно влияет на психиатрическую практику, так как формирует базис целостного понимания и возможность более глубокого психотерапевтического воздействия: для диагностики и терапевтических операций далеко не безразлично, воспринимается ли «больной человек как психический аппарат, как биологическое инстинктивное существо или как личность» (Байтендийк).

В то время как философия оказала существенное влияние на психиатрическую теорию и на ее пути к психиатрической практике, нельзя сказать того же об отношениях между *психиатрией и теологией*. Ни одна из мировых религий не оказала существенного влияния на психиатрию, и психиатрия мало занимается проблемами религиозности пациента. Причины этого лежат в терпимости психиатрии к религиозным установкам больных, а также в том, что церковь не понимает и не принимает теорию психоанализа и борется с критическим отношением психоанализа к теологическим трактовкам происхождения религии. Пасторская социология и психология, хотя и имеют глубинно-психологическую ориентировку, также не находят общего языка с психиатрией.

Современная клиническая психиатрия не стремится рассматривать религию только с позиций теории вытеснения, но оценивает религиозность больного лишь с позиций ее экзистенциального значения. При этом речь идет не о теологической теории психиатрии или о религиозной психотерапии, а о гуманной психиатрии, не пренебрегающей потребностями человека, но и не желающей навязывать ему свои религиозные взгляды.

Следует всерьез воспринимать религию пациента, так как религиозность принадлежит существу человеческой жизни, однако терапевт не должен вплетать свои собственные верования в методику лечения. Необходимо в равной мере учитывать и признавать помощь, которую можно было бы оказать пациенту при его обращении к врачу, и сложности, которые могут возникнуть из нагруженной конфликтами религиозности.

Многомерная психиатрия

Из приведенного краткого очерка психиатрической методологии видно, что психопатологические феномены рассматриваются в различных аспектах. Методы можно оценивать по их диагностическому значению или научной пользе, но было бы праздным занятием решать, является ли психиатрия наукой о природе или наукой о душевной деятельности.

Клинические и экспериментальные подходы, наблюдения и интроспекции, описания и толкования, понимание и разъяснения, психологические и биологические подходы, номотетические и идеографические методы стоят в одном ряду, и каждый из них необходим. В своей практике и в науке психиатрия использует все эти методы. Сущность психиатрии в ее методологическом многообразии. Все, что научно обрабатывается и практически используется, должно иметь терапевтическое применение и приносить пользу больному. Психиатр не должен ограничиваться только теми подходами, которые для него предпочтительны в силу полученного им образования.

Из того, что (психически больной) человек является объектом психиатрической науки и что терапия учитывает жизненные интересы больного, складывается многообразие отношений между психиатрией и другими науками, особенно с наукой об обществе, знаниями о филологии и искусстве, философии и религии. Психиатрия является специальной отраслью медицины, но она же выходит за ее границы.

Все, что выражается в рабочих направлениях и плюрализме методов психиатрии, находит практическое применение в психиатрических наблюдениях и диагностике.

Экскурс: этические вопросы. Соображения по вопросам психиатрии, особенно изложенные в последнем разделе, вызывают этические вопросы, которые здесь могут быть только названы, а разъяснены в специальных главах и их заключениях.

Для психически больного большое значение имеют такие вопросы, разъяснения и детальная информация, согласие на лечение и сохранение врачебной тайны. Этические вопросы возникают особенно в правовой области при стационарном лечении больного помимо его воли и при лечении без его согласия (исторические основы такой проблемы лежат в злоупотреблениях психиатрической службой и в умерщвлении (эйтаназии) психически больных).

К этическим проблемам принадлежат также ориентированные на пациента психиатрические действия, как и терапевтические вмешательства в их частностях (например, недопустимость интимных и сексуальных отношений с больными).

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Первый контакт

Пациенты приходят к психиатру с очень разными представлениями и ожиданиями, некоторые с предубеждениями, а многие со страхом. Поводом для консультации часто становятся нарушения или переживания, которые сами больные воспринимают как постыдные. Больной стоит перед выбором: хотя у него есть потребность рассказать обо всем, что его угнетает, беспокоит или страшит, сама необходимость раскрытия своих переживаний его волнует и даже вызывает ужас.

Изначальная ситуация для психически больного более проблематична, чем для соматически больного. Он знает о предубежденности в отношении психических болезней со стороны родственников, окружения, общества, даже многих врачей других специальностей. Нередко и сам больной страдает в какой-то мере такой же предубежденностью. Особенно трудным бывает положение, когда больной не может правильно оценить свое состояние и его приходится направлять в стационар вопреки его несогласию.

От поведения врача при первой консультации во многом зависит, преодолеет ли он трудности контакта, необходимого для установления диагноза и проведения лечения. Врач с самого начала должен сделать все, что может облегчить положение больного.

Поскольку пациент часто спонтанно не раскрывается, врачу лучше всего начать разговор с вопроса о его жалобах или о поводе для консультации. Больной вначале может рассказать об общей своей жизненной ситуации, профессиональных и семейных делах, о своем отношении к окружению и лишь позже перейти к описанию прошлых заболеваний и к тем причинам, которые вызвали его озабоченность. Если же не удается направить разговор на получение нужных сведений, врач должен вначале провести соматическое обследование больного, во время которого может задать несколько вопросов, направленных на установление доверительного контакта с больным.

Врачебная беседа – исследование симптомов – интервью

Первый разговор с пациентом касается симптоматики, анамнеза и патогенных факторов. Врач старается изучить пациента и его страдания, а также историю его жизни и патогенные влияния. Целью врача являются диагностика в широком смысле этого слова и далее показания к терапии. Такой врачебный разговор, который исключает третьего участника, определяется как интервью. Здесь речь идет о доверительной беседе, а не об опросе, который проводят юристы или журналисты. В таком разговоре врач не только оценивает важность получаемой информации, но и устанавливает с пациентом доверительные отношения. Таким образом, врачебная беседа направлена на установление диагноза и на терапевтический контакт. Этот разговор кажется бессистемным, его основная линия ускользает от больного, но врач с особым вниманием .слушает и наблюдает, так как именно в первой беседе затрагиваются, как правило, самые важные темы.

Некоторые правила врачебной беседы: врач не должен задавать пациенту последовательные вопросы (систематически, хронологически) и сразу же требовать обстоятельного ответа; пациент может сам определить ход беседы. При данном подходе врач может подметить много такого, что ускользнуло бы от него при систематическом разговоре: особенности мимики, жестов, интонаций голоса, положения тела, а также сопутствующие вегетативные проявления, которые также могут иметь значение и диагностическую ценность. В частности, информативно то, что больной излагает спонтанно, из чего видно, что его интересует, а что ему безразлично; что он подчеркивает, а мимо чего проходит или о чем умалчивает. Порядок изложения отражает значимость для больного и связь определенных его переживаний и событий.

Исследующий при этом должен как можно меньше записывать и уж во всяком случае не пользоваться пишущей машинкой. Достаточно коротких стенографических пометок или ключевых слов, которые в последующем послужат для расшифровки и воспоминания. Подобное конспектирование в присутствии больного снижает восприятие врача и уменьшает степень откровенности больного, затрудняет ход его мыслей и затормаживает его вообще. У больного не должно создаваться впечатление, что он участвует в составлении протокола. К тому же, если содержание беседы фиксируется позже, его легче систематизировать.

Для многих больных ситуация обследования представляет собой вообще первую возможность обсудить свои жалобы, проблемы и конфликты, высказать опасения за свое здоровье. Если врач слушает непредубежденно, внимательно, показывая, что он всерьез принимает слова собеседника (даже обследовав много

первичных больных), это служит залогом хорошего терапевтического контакта.

В продолжение беседы врач пытается наводящими вопросами заполнить пробелы в сведениях, чтобы представить себе всю полноту истории жизни и состояния больного. Эти приемы по структуре сходны с интервью, но и здесь врач должен избегать нажима; постановкой и формулировкой вопросов необходимо только показать больному, что речь идет об уточнении фактов и лучшем уяснении ситуации. С одной стороны, врач должен задавать вопросы тактично и сдержанно, чтобы не напугать больного, а с другой — целенаправленно и четко добиваться получения необходимых сведений.

Не следует ожидать от каждого больного, что он сразу начнет говорить на неприятные для него темы: о своих промахах, неудачах и ошибках. Врач не должен стараться узнать все с первого разговора. Если дело идет туго, он должен смириться с недостаточностью полученных им сведений.

На вопрос: «Все ли в порядке в Вашей семье?» или «Находите ли Вы общий язык со своими сотрудниками и начальством?» больной скорее ответит утвердительно, чтобы не вдаваться в неприятные объяснения, даже если именно в этих обстоятельствах заключается его патогенный конфликт. Он постарается дать ответ общего характера и не раскроет своих проблем. Особенно это проявляется тогда, когда ставятся альтернативные вопросы типа: «Употребляете ли Вы алкоголь, много или только умеренно?» Лучше спросить у больного, сколько алкоголя он переносит, а при его уверениях, что он больше не пьет ни капли, проявить интерес к тому, почему он избегает алкоголя

При подозрении на наличие бреда преследования бессмысленно задавать вопрос: «Чувствуете ли Вы, что Вас преследуют?» Лучше спросить, доверяет ли больной своим соседям или же побаивается, что они против него что-то имеют или даже предпринимают. Вместо вопроса: «Слышите ли Вы голоса?» лучше осведомиться: «Случается ли Вам слышать что-то чуждое, своеобразное?», «Слышат ли другие люди то, что слышите Вы?»

Если видно, что больной чем-то озабочен и ему следует помочь освободиться от чувства неловкости, необходимо заговорить о постыдных для него обстоятельствах. Если врач на основании намеков больного приходит к какому-то предположению, он должен в дальнейшем разговоре облегчить больному дачу сведений. Вместо расспросов о сексуальной неполноценности или социальной изоляции больного можно высказать предположение: «Если представить Вашу ситуацию в таком-то плане, то Вы можете встретиться с трудностями...» или «Если подумать, как у Вас это произойдет, то...» Врач таким приемом показывает, что понимает положение больного из его намеков и что ему знакомы такие проблемы.

Таким образом конфликт в чувствах больного переносится с чисто личного на общечеловеческий уровень. Больной начинает понимать, что подобные проблемы встречаются и у других людей, а не только у него, и тогда с ним легче разговаривать на эти темы. Вместе с тем больной все больше убеждается, что то, что с ним происходит, не является чем-то неординарным или даже исключительным. В связи с этим больному надо сразу же внушить чувство безопасности, смягчить его страх, недоверие, ослабить значимость его жалоб, придавая им меньше значения, а затем переходить к успокаи-

вающим предположениям. Такие разъяснения не способствуют решительному облегчению, но позволяют больному убедиться, что его состояние не расценивается как серьезное. Тем не менее важна констатация необходимости психиатрического и/или психотерапевтического лечения.

В конце первого разговора врач должен задать пациенту вопросы следующего рода: «Из-за чего Вы страдаете больше всего?», «Что для Вас является главной проблемой?», «Чем Вы объясняете свое состояние?», «С какими ожиданиями Вы пришли?», «Какое лечение Вы хотели бы получить?» Такие вопросы по своему содержанию ничего нового не привносят, но могут помочь больному проанализировать самого себя и выделить самое существенное в его состоянии.

Это только немногие примеры. Детали врачебной беседы в учебнике невозможно изложить, они накапливаются в процессе приобретения опыта наблюдения.

К концу первой беседы больной изложит свои просьбы и пожелания, а врач попытается, не делая поспешных выводов, суммировать полученные данные и предложить больному дальнейшие шаги, объяснив их необходимость.

Врачебная беседа имеет не только диагностическое значение, но и терапевтический смысл. К концу собеседования больной приходит к пониманию, что между ним и врачом наладился контакт, а это необходимо для последующей терапии именно благодаря первой беседе. Как врач поведет себя с больным, во многом зависит от принятого врачом стиля общения. Врач не должен встречать больного ни холодно, ни безразлично, ни вульгарно, ни навязчиво, а с дружеской серьезностью, участием и искренним желанием помочь.

Обследование и врачебная беседа с детьми и подростками

Психиатрическая беседа в детской и подростковой психиатрии имеет свои особенности: дети и подростки в большинстве случаев ничего не ждут от врачебного приема, а родители приводят их независимо от их желания. Но и родители часто приходят не под влиянием собственного убеждения в болезни ребенка, а под нажимом воспитателей в детском саду, или учителей в школе, или по поводу конфликтов, вызванных поведением их детей. Нередко у детей бытует представление, что вопрос об их поведении не более чем надуманный предлог, чтобы родителям или хотя бы одному из них решать свои собственные проблемы. Поэтому остается неясным, кто же является основным пациентом, и не лишено оснований предположение, что вся семья нуждает-

ся в помощи и совете. И поэтому даже неплохо, если вся семья придет на амбулаторный прием. Требование, чтобы вся семья была готова к собеседованию, может стать хорошим основанием разобраться, казалось бы, в непреодолимых внутрисемейных конфликтах. Однако всегда следует начинать с того члена семьи, который приходит на прием добровольно в поисках помощи.

Маленьких детей на период беседы полезно оставить в кабинете или в комнате рядом, но с открытой дверью, для самостоятельных занятий, пока врач разговаривает с родителями или же с одним из них (по принципам, принятым во взрослой психиатрии); так же рекомендуется говорить со старшими детьми или с подростками. С них можно начинать беседу или даже говорить с ними наедине, особенно если есть предположение, что их привели вопреки их желанию.

Поскольку родители, равно как и подростки, боятся, что при раздельной беседе другой член семьи перетянет врача на свою сторону, то при совместном разговоре они стараются держаться осторожно. Действительно, такая опасность велика, так как врач может проявить доверие к одной из сторон и тем самым встать в конфронтацию с другой стороной. Он теряет тогда не только возможность четкого суждения о проблеме, но и возможность успешного в нее вмешательства. Поддержка подростка часто нужна для того, чтобы разрушить стену недоверия и отозваться на его зов о помощи. В действительности же подросток часто ищет лишь союзника в своем упрямом противостоянии притязаниям родителей. Однако нельзя забывать, что и родители нуждаются в помощи, хотя и заблуждаются с самыми лучшими намерениями.

Диалог с детьми младшего возраста имеет свою специфику. Характер беседы не должен настораживать ребенка. Врачу не следует сидеть за столом, а лучше держаться непринужденно, участвуя в игре с ребенком. В то же время врач не должен опускаться до уровня ребёнка, лишь должен дать ему понять, что его принимают всерьез. Врач должен помнить об ограниченности словарного запаса ребенка и при оценке сказанного им учитывать паравербальные проявления ребенка: его поведение во время разговора, его эмоциональные реакции, которые могут сказать больше, чем слова.

Подростку надо вселить уверенность, что он беседует с равноправным партнером. При этом у него надо создать впечатление о реальности возможной защиты его прав перед родителями. В конце беседы следует поинтересоваться, что недоговорили родители врачу. Это установит доверие безо всяких проблем.

Биографический анамнез

Психиатрический анамнез – это предыстория болезни и в то же время история жизни, которая включает все биографические данные пациента. При этом необходимо выявлять не только внешние обстоятельства, но и сопровождающие их переживания

больного, а также то значение, которое он им придает, в том числе и то, находит ли он их связь с развитием болезни.

При сборе семейного анамнеза наряду с выявлением психических заболеваний у родственников надо обращать внимание на наличие неврологических, эмоциональных заболеваний и суицидальных проявлений у близких, характер социальных отношений, возможную криминальность, а также на отношение каждого из родственников к больному, на его положение в семье в детские годы, позицию среди братьев и сестер, отношения родителей между собой и к детям.

Соответствующие требования предъявляются и к анамнезу детства: важно получить сведения о перинатальных повреждениях мозга и о тяжелых переживаниях в детстве. Исследуются фазы развития ребенка и его взаимоотношение с окружением, для чего надо воспользоваться сведениями, которые могут сообщить родственники.

В дальнейших жизненных фазах внимание обращается на особенности учебы в школе, уровень полученного образования и его соответствие занимаемому служебному положению; на сексуальное развитие, наличие гомоэротических склонностей, выбор партнеров и вообще общительность; взаимоотношения и конфликты в семье; социальные связи, интересы и хобби; производственные проблемы и степень активности в делах; переживания жизненных потерь.

Чтобы достичь этого, полезны следующие вопросы: какой период Вашей жизни был наилучшим, а какой — худшим; какие события оказали на Вас наибольшее влияние; что бы Вы делали, если бы начали все сначала; каким Вы представляете свое будущее; чего ожидаете от жизни; занимаете ли Вы достойное место в ней; как Вы чувствуете себя в доме; есть ли у Вас люди, которым Вы полностью доверяете? Особенно плодотворны вопросы о проведении досуга — вечеров, свободного времени и выходных.

Этот род анамнеза нацелен на установление связей между отдельными событиями жизни, обнаружение истоков болезни в конкретных жизненных ситуациях. Для диагностики и терапии важен вопрос о времени первых проявлений болезни, о том, что послужило толчком к ее возникновению, развитию и усилению. Если больной сам об этом говорит мало, нужно расспросить, что изменила болезнь в его жизни и каково было бы его положение, если бы он не заболел.

Беседа с родственниками

Сведения, сообщаемые больным, часто бывают неполными не столько из-за того, что он о чем-то умалчивает, сколько из-за того, что он заблуждается, видя свое положение односторонне и не оценивая в полной мере взаимосвязи событий в своей жизни. Часто бывает необходимо дополнить сведения больного информацией, получаемой от родственников, о деталях начала и разви-

тия болезни. Родственники старшего поколения часто знают больше о семейном анамнезе больного.

Как правило, врач вначале говорит с больным, а затем с его родственниками, чтобы дать этим понять, что ему важнее мнение самого больного, но что у него общее с родственниками мнение о необходимости лечения. О присутствии при беседе врача с родственниками больной должен решать сам. Если больной сочтет свое присутствие неуместным, врач все равно должен сообщить ему об основных итогах этого разговора.

Во время проведения больному психотерапии контакт врача с *родственниками* нецелесообразен. Если родственники не возражают, больной получает самостоятельно курс психотерапии. При других же методах биологической терапии привлекать родственников к обсуждению назначаемых методов лечения вполне допустимо. Если нарушения в социальной сфере мешают успеху терапии и тормозят наступление ремиссии, врач не должен прекращать лечение. Ему следует повлиять на ситуацию, в которой оказался больной, особенно в тех случаях, когда родственники оказываются в конфликте с больным или возражают против врачебных предписаний, так как тогда врач остается единственным союзником больного.

У детей, а часто и у подростков, вмешательство родителей в процессе лечения необходимо. В некоторых случаях это бывает трудно выполнить; тогда, с одной стороны, приходится проводить терапию родственникам, а с другой – самому больному. Это осуществляется обычно двумя коллегами, согласующими свои действия между собой. Терапевтическое вмешательство в таких случаях должно быть достаточно гибким и соответствовать специфическим потребностям как больного, так и каждого из его близких.

Психическое состояние

Полноценная оценка психических процессов больного на момент обследования должна включать состояния, определяемые самим врачом, и переживания, о которых сообщает больной.

Психическое состояние больного должно получить отражение в подробном описании всех наблюдений – не только бесспорных патологических проявлений, но и всего поведения в целом: как ведет себя больной, как он реагирует на консультацию и на врача, на помещение в клинику, как обращается с сопровождающими его родными, как воспринимает наблюдение за ним, как оценивает свою болезнь, как и о чем говорит, благосклонен

ли к обследованию. Эта часть оценки психического состояния может опираться на данные обычной беседы с больным.

Употребление профессиональных терминов при этом только затрудняет правильную оценку, поскольку они настраивают на определенный диагноз. Пользоваться такими определениями, как нелепый, гримасничающий, пустой или напряженный, маниакальный или меланхоличный, можно только мысленно.

Однако, с другой стороны, необходимо систематизировать наблюдаемые симптомы и психопатологические расстройства у больного. При этом важно регистрировать и отсутствие ожидавшихся нарушений. В описаниях по возможности следует избегать специальных терминов, предпочитая собственные слова больного. Любое схематизирование нежелательно. При изложении состояния больного нужно ориентироваться на внешнюю картину проявлений — психомоторику, контакты с другими людьми, внимание и восприятие, сознание и ориентировку, память и концентрацию, потребности и стремления, настроение и аффективность, мышление, переживание своего Я.

Стандартизированная оценка психического состояния

Если для клинических (особенно терапевтических) целей приемлем открытый, минимально регламентированный разговор с больным, то для научных целей требуется иной уровень информации. Здесь как раз и нужны показатели психического состояния структурированного и стандартизированного характера, доступные количественной и сравнительной обработке.

К стандартизированным психиатрическим показателям приложимы (как и к психологическим тестам) три основных требования: *валидность* (действительность) — показывает, что опыт направлен именно на то, что необходимо исследовать; *надежность* (релиабельность, репрезентативность) — по возможности далеко идущее единообразие при многократном применении (ретестирование, или параллельный тест надежности); *объективность* — независимость полученных данных от ожидания и установок исследователя. Эти качества при психиатрических исследованиях достигаются лишь относительно в равной степени. Так, оценка суждений окружающих о больном, которая уточняется с помощью структурированного интервью или опросника, больше отвечает требованиям валидности, в то время как самооценка нуждается в объективности.

В настоящее время многие из используемых методик ориентированы на выявление максимального круга психопатологиче-

ских нарушений, например система регистрации AMDP (Arbeitsgemeinschaft fur Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie — система информации по анамнезу, соматическому состоянию и терапии), или краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale), или шкала общей оценки функционирования (GAF-Scale, Global Assessment of Functioning Scale). Также используют показатели тяжести определенных синдромов или нарушений, таких как самооценка при депрессии (HAMD, шкала депрессии Гамильтона), страхе (HAMA, гамильтоновская шкала страха), параноидном синдроме и т.п. Общее самочувствие оценивается по Шкале самочувствия—самооценки. На ней графически можно представить определенные показатели имеющегося состояния или переживаний по визуальной шкале аналогов (100-миллиметровая шкала, напоминающая термометр). Для определения особенностей личности используется Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) или Фрейбургский личностный опросник (FPI).

В этой методически трудной области психиатрии удалось найти надежные и практичные инструменты для исследования (так называемая *психопатометрия*). Конечно, при обследовании и лечении каждого конкретного больного эти методики не могут заменить врачебную беседу, как и психологические тесты.

Экспериментально-психологические исследования

Толкование отдельных единичных тестов может ввести в заблуждение, поэтому необходимо взять за правило применять несколько тестов (так называемая батарея тестов). Ограничится ли исследователь только проведением тестов для достижения объективности или, исходя из их показателей, проведет беседу с больным, в каждом отдельном случае решается в зависимости от нужд диагностики и терапии.

Из *тестов достижений* предпочитают гамбургскую редакцию теста интеллекта Векслера для взрослых и для детей (соответственно HAWIE-R и HAWIK-R), который позволяет определить уровень интеллекта и частично его специфические патологические нарушения.

Тест HAWIE-R и соответственно HAWIK-R состоит из вербальной части (общая осведомленность, общая понятливость, повторение цифр, математическое мышление, нахождение общего, субтест анализа слов) и практиче-

ской (невербальной) части (шифровка, последовательные картинки, недостающие детали, кубики Кооса, складывание фигур).

Оценка показателей проводится по стандартной схеме, в которой по пунктам оцениваются правильность ответов, а в некоторых субтестах степень точности и затраченное время. Сумма сырых баллов по отдельным субтестам переводится в шкальные оценки, выраженные в сопоставимых единицах. Коэффициент интеллектуальности (IQ) вычисляется по вербальной и практической частям, а также определяется общий IQ, разделяющийся в таблице по возрастным группам. Благодаря этому определяются позиции (в смысле вариаций IQ), которые занимает исследуемый по отношению к средним для его возрастной группы данным.

Для исследования органических психозов и психосиндромов имеются специальные нейропсихологические тесты.

Проективные тесты. Самый старый из них метод экспериментального толкования форм («чернильных пятен») Роршаха, при котором оценивается значение случайных фигур, создаваемых путем наложения цветных пятен на бумагу.

Для оценки значения форм Роршаха рассматриваются следующие вопросы: что может означать вся фигура или ее ограниченная часть, или ее маленькая деталь; принимается ли во внимание только форма или также цвет фигуры; распознаются ли в фигуре человеческие признаки или черты; какое из возможных значений предпочитается и т.д. Ответы позволяют определить эмоциональное состояние испытуемого, уровень его интеллекта, направленность его мышления, что дает возможность сориентироваться в отношении диагностических критериев, без стремления к их абсолютизации, и в сопоставлении с другими клиническими критериями, например при эпилептическом слабоумии, шизофрении, неврозах, органическом психосиндроме. Обычно тест Роршаха применяют также в психотерапии семейных пар и в семейной психотерапии.

Другие тесты толкования форм представляют собой параллельные карточкам Роршаха серии Бена и Дрей-Фукса, а также сокращенный тест из трех карточек Цуллигера и методика чернильных пятен по Хольцману (HIT, Holtzman-Inkblot-Test).

Из других многочисленных проективных тестов можно упомянуть рисуночный тест Вартегга, тест кукол, тематический тест на апперцепцию (ТАТ) Мюррея и Моргана и сходную с ним методику объектных отношений.

В этих тестах предлагаются картинки, на которых изображены люди или группы людей в ситуациях, значение которых нельзя определить однозначно. Пациент должен каждой представленной сцене дать объяснение, что делают эти люди и как они действуют, причем интерпретатор исходит из гипотезы, что пациент неосознанно идентифицирует себя с участниками сцены, поэтому в своем рассказе он невольно выражает собственные устремления (отсюда название этих тестов — «проективные»).

В детской практике используются такие проективные тесты, как тест кукол и тест детской апперцепции (САТ), разные сказочные тесты и тесты дополнения фраз. Нельзя переоценивать значение этих тестов как общего источника информации.

Показания к психологическому тестированию должны оцениваться так же тщательно, как и к специальным соматическим

исследованиям. Важно не перегружать больного тестами, не устрашать его и не создавать у него впечатление, что его экзаменуют и даже могут осрамить. Психологическое тестирование проводится после полного клинического обследования, во всяком случае не в первый день. Как правило, исследователь обсуждает с пациентом результаты тестирования. Однако у этого правила есть и исключения. К ним относится, например, состояние депрессии, при котором показатели нельзя считать обнадеживающими.

Соматическое обследование

Тщательное соматическое обследование психиатрического пациента необходимо проводить из следующих соображений:

чтобы не просмотреть соматическое заболевание, которое имеется одновременно, но независимо от психических нарушений;

для распознавания возможной соматической обусловленности или соучастия в психическом нарушении. Это не относится к органическим психозам, у которых соматический генез определяется уже по психопатологической симптоматике, а также к депрессивным, маниакальным, кататоническим, галлюцинаторно-параноидным и другим синдромам, которые встречаются не только при эндогенных психозах, но и могут быть вызваны полностью или частично соматически; также к (кажущимся) невротическим или личностным нарушениям, которые обусловлены органическими заболеваниями или травматическими повреждениями с вытекающей из этих заболеваний психической декомпенсацией;

чтобы избежать диагноза «органный невроз» или «ипохондрия», если налицо их однозначный соматогенез. Встречаются, например, нарушения походки, которые рассматриваются как психогенные и соответственно лечатся, пока в один прекрасный день при тщательном неврологическом обследовании не обнаружат опухоль спинного мозга. Встречаются желудочные жалобы со рвотами, которые лечатся как невротические, пока не устанавливают, что в их основе лежит рак пищевода;

чтобы придать уверенности больному, что его соматопсихическое состояние полностью изучено. Многие психически больные чувствуют себя неуверенно, если пренебрегают их соматическим обследованием.

Тщательное *неврологическое исследование* и определение состояния глазного дна — непременная составная часть обследования психически больных. Для фиксирования неврологических данных используют специальные бланки обследования, заполнение которых гарантирует полноценность и наглядность данных. При неврологическом обследовании детей на первом плане стоят наблюдение и оценка развития моторики и интеграции рефлексов.

Технико-аппаратная диагностика. Основными ее методами, показатели которых приводятся в специальных главах, являются электроэнцефалография с изучением вызванных потенциалов; допплеровская сонография для оценки мозгового кровообращения; ликвородиагностика, включая иммунологические исследования, а также особенно показательные радиологические исследования — краниальная компьютерная томография (ККТ) и магнито-резонансная томография (МРТ или ЯМР) для морфологической диагностики мозга, позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ) и одиночно-фотоно-эмиссионная компьютерная томография для функциональной диагностики (обмен углеводов, потребление кислорода, кровообращение). Эти методики диагностики способствуют быстрому прогрессу науки о мозге.

Широкое применение технической диагностики мозга направлено на выявление соматической обусловленности психических нарушений, которые раньше как соматические не расценивались. Примером тому могут служить олигофрения, симптоматические эпилепсии, шизофреноподобные психозы, синдромы навязчивости, ипохондрические синдромы и личностные изменения.

Наряду с типами строения тела (которым современная психиатрия придает мало значения) *конституционально-биологическими* также являются дисплазии (например, явления дизрафии) и аномалии сексуальной конституции. При соответствующих подозрениях нельзя пренебрегать исследованиями хромосомных аберраций.

При *терапевтическом* обследовании особое внимание обращают на сердечные, сосудистые, обменные и эндокринные нарушения. Признаки *нарушения вегетативной регуляции* встречаются у психически больных часто, но обычно это лишь сопутствующие явления.

Нейроэндокринологические исследования приобретают в психиатрической диагностике все большее значение.

Разъяснения и получение согласия. При психических заболеваниях речь также должна идти о правах пациента на собственное решение, о его преимущественном праве по использованию врачебных показаний к диагностическим и терапевтическим мероприятиям. Конечно, остается спорным вопрос, имеет ли воля больного большее значение, чем его здоровье.

Разъяснения проводятся так полно, как это возможно, а пациент должен принимать решение. Конечно, объяснения должны иметь границы, когда больной может получить вред от знания. У психически больных возможности разъяснений ограничены больше, чем у соматически больных. Если больной неспособен к правильным суждениям, разъяснения нужно давать его представителям, которые должны давать согласие, т. е. решения возлагаются на опекунов.

Способность к адекватному пониманию необходимо изучать индивидуально, она не должна исчерпываться установлением диагноза психического заболевания и не должна опираться только на недееспособность данной личности.

Руководство к составлению психиатрической истории болезни

Начало лечения. Повод к обследованию или приему, характер направления, направивший врач, его диагноз; краткие замечания о начальном поведении больного.

Жалобы. Начало и развитие отдельных жалоб и нарушений поведения. Важные формулировки больного должны помечаться в истории болезни дословно, с сохранением их последовательности. Последующее их дословное воспроизведение желательно, об этом должно быть указано. Необходимо отмечать, что говорит больной в начале ответа, помечая в скобках и буквальный смысл вопроса.

Биографический анамнез (см. выше) по данным больного. Данные больного рекомендуется упорядочить и выделить их содержательную основу (в том числе полученную при нескольких беседах). Буквально воспроизводятся особенно характерные для больного обороты его речи. Биографический анамнез начинается с семейного анамнеза в его генетическом и социальном аспектах, а затем история жизни самого больного, по возможности в хронологическом порядке. Данные о развитии личности и жизненных событиях, с одной стороны, и данные о физическом развитии и болезнях – с другой, должны описываться в единстве, с соблюдением временных связей. Менее детально можно освещать профессиональный, социальный, медицинский, гинекологический, вегетативный анамнез и т.д.

Сведения от родственников (см. выше).

Соматические данные (см. выше):

а) общесоматические;

б) неврологические (если заполняется заранее напечатанный лист обследования, то в нем надо дать краткое заключение о примечательных находках);

в) данные технического обследования (рентген, ЭКГ и т.д.).

Психическое состояние (см. выше).

Данные психологического тестирования (см. выше).

Предварительный диагноз. Первые соображения о диагнозе и дифференциальном диагнозе.

Течение. Еженедельные пометки (вначале частые), дополнения к анамнезу, замечания о состоянии и описание терапии.

Заключение истории болезни. Окончание лечения и выписка или перевод из стационара.

Эпикриз. Рекомендации врачу, который будет продолжать лечение, если таково будет желание больного.

Оформление документации и право на ознакомление

При заполнении истории болезни стоит обратить внимание на то, что врач обязан *должным образом оформлять документацию*, юридическое значение которой связано с договором на лечение. Детальное описание для последующего лечения не столь необходимо, оно имеет решающее значение в

интересах права: юридически менее важно, что сделано и сказано, чем то, что правильно документировано.

Иногда больные выражают желание ознакомиться с письменной документацией. В таких случаях непосредственный разговор с больным о его частных вопросах (и мотивах этих вопросов) бывает более информативен и полноценен для него, чем ознакомление с копией истории болезни.

Юридически пациент имеет *право на ознакомление* с документами, во всяком случае после окончания лечения. Это право не распространяется на объективные данные и на обстоятельства проведения лечения. Исключаются также описания других лиц (например, родственников), личные впечатления врача и черновая документация (например, предварительный диагноз).

В психиатрии особое внимание следует обращать на ограничения в ознакомлении пациента, так как именно здесь целесообразно и осмысленно описывать свои субъективные личные замечания, в которых отмечается вовлеченность самого врача (терапевта), например в связи с переносом и контрпереносом. Это не означает ограничение права на ознакомление, а скорее говорит о необходимости открытого разговора с больным о его нуждах и сомнениях.

Право на ознакомление ограничено еще и тем, что информация может причинить вред больному хотя бы тогда, когда есть опасения за его жизнь, например при опасности суицида.

ДИАГНОСТИКА, НОЗОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ

Диагностика

Описанные наблюдения служат по возможности более точному определению и идентификации болезни, что и называется диагностикой. Результатом этого процесса является диагноз.

Как осуществляется психиатрический диагноз, показано на рис.1. Благодаря изучению больного в различных аспектах приобретаются сведения частично объективные, частично субъективные, такие, как данные об истории жизни, из которых проистекает диагноз. Последний бывает часто неполным и поэтому называется «предварительным». Лежащие в его основе данные носят идеографический характер, т. е. индивидуально-личностный. При этом исходят из общего опыта и закономерностей, которые называются номотетическими, они включаются в диагностический процесс, опираются на апробированные методы исследования и современное понимание признаков (симптомов) болезни.

Исходя из диагноза, определяют показания к лечению, что возможно уже и при постановке предварительного диагноза. В



Рис. 1. Диагностика и классификация

дальнейшем изучают изменения состояния, наблюдают за эффектом лечения, что позволяет дополнять и уточнять диагноз. Психиатрические диагнозы в основном формулируют детально, например «депрессивная реакция при партнерском кризисе у сенситивно-невротической личности» или «вторая меланхолическая фаза униполярного аффективного психоза (с суицидальной попыткой) при ананкастном развитии личности».

Нозология

От индивидуальной диагностики переходят к обобщению, находят общие описания и обозначения болезней, которые затем систематизируют в учение о болезни (нозология или нозография). В психиатрии это осуществить труднее, чем в других ме-

дицинских дисциплинах. Этиологически направленная систематика, как это предполагается вообще, в психиатрии проблематична, потому что многие психические заболевания диагностируются не по причинным факторам, а по комплексному патогенезу, с учетом различия условий происхождения; к тому же мы очень мало знаем об этиологии. В начале своей систематики психиатрия пыталась опираться на типичные синдромы; это привело к такому большому количеству болезней, что представляется столь же мало убедительным, как и учение о едином психозе.

Принцип деления болезней приобрел основательность только тогда, когда, кроме поперечного среза симптоматики, начали изучать также течение болезни; это позволило определить, что симптоматически довольно различные состояния можно объединить на основе одинакового протекания болезни (Крепелин; см. рис.11 на цв. вкл.). Так были очерчены две группы психозов: шизофрения (поначалу dementia praecox) и аффективные психозы (маниакально-депрессивная болезнь, циклотимия). Это деление, объединенное определением «эндогенные психозы», осталось, хотя оно и не бесспорно. Затем возникли другие концепции, которые отчасти более детально разделяют болезни, а отчасти их объединяют.

Понятие «эндогенный» многозначно и спорно. Оно означает «не соматически обусловленное» и «не психогенное». То же, что должно определить «эндогенное» позитивно, звучит неоднозначно. Ряд психиатров мыслит не иначе, как о «идиопатическом», т. е. о болезни, происходящей из самой себя; некоторые постулируют органическую их причину, даже если она остается неизвестной (криптогенной). Исходя из современного уровня знаний, можно сказать конкретно только то, что «эндогенные» психозы обусловлены наследственно и имеют свое собственное, независимое от внешних влияний течение. Тогда понятие «эндогенный» становится ненужным.

Следующий важный шаг на пути учения о психических болезнях заключался в представлении, что внешние воздействия и болезни, поражающие мозг, разнообразны и многочисленны, но приводят лишь к немногим «экзогенным психическим типам реакций». «Многообразие основных заболеваний противоречит большому однообразию их психических картин» (Бонгёффер; см. рис. 13 на цв. вкл.). Это такие типы реакций, которые сейчас обозначают как органические психозы и психосиндромы, или же делирии и деменции, что означает ощутимое повреждение мозга или нарушение функций мозга с характерной для этого симптоматикой. Здесь речь идет об относительно полно очерченной области заболеваний, даже если наряду с названными синдромами

встречаются и другие симптомы, сходные с таковыми при эндогенных психозах.

На этом основании выделяют две большие группы болезней: соматически обусловленные органические психические нарушения и шизофренические и аффективные (эндогенные) психозы.

Определение «неврозы» означало вначале (в 18 в.) «невоспалительные заболевания» центральной нервной системы. В первую очередь благодаря исследованиям Фрейда установлено, что в основе неврозов лежат нарушения психического развития. В наше время понятие неврозов не является общепринятым, в некоторых классификациях оно упускается из.виду.

Часто используемое определение «психогенный» также проблематично. Оно проистекает из механической точки зрения, к которой присоединяется господствующий в медицине образ мыслей (по аналогии с нефрогенным, вертеброгенным и т. п.). Ведь нет «психики» в смысле органа происхождения болезней. Попытка установления психогенеза болезней сомнительна, потому что душевная (личностная) реакция имеет место при каждом заболевании, а с другой стороны, нет ни одной болезни, которую можно было бы считать исключительно «душевной». К тому же пациенты часто понимают «психогенный» как нечто их дискриминирующее. Понятия «эндогенный» и «психогенный» преодолены в современной многомерной психиатрии.

Это только кажется, что с помощью категорий эндогенного, органического и психореактивного можно утвердить этиологически ориентированное учение в психиатрии. Из всех этих понятий лишь одно, а именно органическое, определяется достаточно точно. Важно то, что названные условия происхождения отдельных заболеваний или групп болезней не имеют единственной причины, а в большинстве случаев психических заболеваний имеют место многие условия происхождения, которые взаимодействуют друг с другом. Так называемые эндогенные психозы возникают и протекают не без участия жизненных обстоятельств и ситуаций. Неврозы также имеют конституциональную или соматическую базу. При органических психозах могут иметь значение ситуационные факторы; некоторые же органические психозы обусловлены прямо или косвенно генетическими причинами. Большинство психических заболеваний объясняется не одной причиной, а целой цепью условий, которые не всегда можно выявить однозначно.

Такие понятия, как эндогенное, органическое, психореактивное, не могут лежать в основе нозологической системы. На разделение психических болезней на три группы (Крепелин, 1899) сейчас уже нельзя опираться. Возможно разделение многообразных *условий возникновения* психических расстройств по другому принципу: учет факторов наследственности и конституции; органических проявлений прямых или непрямых мозговых повреж-

дений; влияние особенностей психического развития и жизненных ситуаций. Многие картины болезни можно объяснить, лишь учитывая все эти три аспекта.

Такой *многомерный подход* впервые был показан на примере развития бреда (Гаупп и Кречмер): из взаимного столкновения определенной структуры личности, характерной констелляции с внешним миром, специфических разрешающих переживаний и частичного повреждения мозга происходит бредообразование, которое раньше рассматривалось как «эндогенное» или этиологически неизвестное. Эта концепция с определенными оговорками применима ко всем психическим заболеваниям, что очень полезно для терапии.

Психиатрическая нозология, издавна излюбленная тема отдельных «школ», остается неудовлетворительной особенно потому, что она мало обоснована эмпирически и опирается на малодоказательные положения, которые частично носят дедуктивный характер, а частично мало соответствуют клиническому опыту. В наше время, исходя из отдельных данных, стали пытаться в таких формах реагирования, как страх, депрессия, устанавливать психофизиологические корреляции или биохимические основы этих симптомов и этим обосновывать успех терапии. Но на подобной базе еще не сформирована убедительная теория диагностики и систематики болезней.

До сих пор еще нет всеохватывающей и общепризнанной психиатрической нозологии. Поскольку существующие формы деления болезней неубедительны и даже нет доказательной диагностической схемы на основе разных научных и практических данных, нами предпринят иной способ систематики болезней.

Классификация

Классификация болезней осуществляется следующим образом: имеющиеся клинические и научные данные обобщаются специалистами, которые определяют, насколько надежна родственность этих данных и каково их диагностическое значение (см. рис. 1). Таким образом пытаются находить единообразные оценки описываемых картин болезни, сопоставить характерные признаки, которые рассматриваются суммарно (в том числе предлагаемые критериологические названия для классификации). Поскольку знания наши неполны, а взгляды специалистов нередко расходятся, такую систематику следует считать только компромиссом. Чтобы достичь возможно более полного единогласия, используются только общие, относительно легко распознаваемые и хорошо классифицируемые признаки, которые в

большинстве случаев служат проявлением поведения, тогда как на остальные данные не обращают внимания. В результате в системе классификации вне поля зрения остаются субъективные, психодинамические и даже биографические данные.

Чтобы классифицировать картину болезни отдельно взятого пациента, нужно подчинить индивидуально установленный диагноз общим категориям классификации, а именно той, которая общепринята. При этом исследуется, достаточное ли число критериев данной категории соответствует клинике болезни. Наиболее известные классификации – DSM и ICD.

Диагностическое и статистическое руководство (DSM) – это схема классификации, принятая Американской психиатрической ассоциацией. Она периодически обновляется соответственно развитию теоретических положений в психиатрии. Версия DSM-III от 1980 г. привнесла не только новое дифференцированное деление болезней, но и детализировала описание их ведущих признаков, дав классификацию по многим осям (не все они еще стали рабочими), а именно: 1) симптоматика; 2) личностная структура; 3) телесные нарушения; 4) социально отягощающие факторы и 5) психическое здоровье и работоспособность в целом. DSM-III-R (1987) привнесла некоторые новые изменения. DSM-IV вышла в 1994 г. и стоит ближе к ICD 10.

Международная классификация болезней (ICD, МКБ) издается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Введенный в 1992 г. 10-й пересмотр (МКБ 10) по сравнению с предыдущим существенно расширен. Классификация по МКБ 10, так же как и DSM, проводится по многим осям (но при этом вначале лежит ось 1 для психических нарушений) с привлечением определенных критериев для единичных категорий. МКБ в части психиатрии более интернациональна, она распространяется в развивающихся странах, тогда как DSM больше исходит из американских условий, в том числе и из политики правительства в области здравоохранения.

DSM-III-R и МКБ 10 используются также в детской и подростковой психиатрии, где раньше пользовались разработанной в Англии многоосевой классификацией Руттера, Шафера и Стурге.

Цель классификации – это в первую очередь достижение достоверной статистической расшифровки болезней для использования в составлении документации в психиатрических учреждениях и для проведения эпидемиологических исследований. Для этого достаточно стандартизированной классификации диагно-

зов, чтобы проводить исследования и сопоставлять состояния больных, в том числе чтобы достичь международного взаимопонимания. При этом классификация не ставит цель стать каталогом нормативов или полноценным учением о болезнях. Классификация – это не наука, а ее инструмент.

Классификация не идентична диагностике. Диагностика исходит от отдельного больного, действует идеографически и многомерно; диагнозы формулируются подробно и состоят из многих частей. Классификация же исходит из обобщенного опыта, действует номотетически, ограничивается относительно легко определяемыми признаками, и притом она сокращенная, оперирует категориями, которые выражаются одним словом или 3–5-значным числом. Если диагностика – это первый шаг в оценке больного и ее целью является определение показаний к терапии, то классификация является концом диагностического процесса и базисом статистических и научных исследований.

Несмотря на различия в этапе использования и в целенаправленности, диагностика и классификация не зависят друг от друга. В классификации используется существенный опыт клинической диагностики, а на индивидуальную диагностику влияет обобщенный научный опыт (см. выше). Идеографические и номотетические процессы дополняют друг друга. Классификацию можно рассматривать как последний камень в здании диагностики. В целом они не имеют четких разграничений.

На различия этих понятий не следует обращать особого внимания, чтобы, с одной стороны, не распространять диагностику на классификацию, а с другой – не измерять классификацию масштабами диагностики. Это можно подтвердить таким примером: классификационные системы указывают, сколько достоверных критериев будет достаточно, чтобы причислить картину болезни к определенной категории. Это определение всецело лежит в рамках точной классификации, но противоречит диагностике, поскольку диагноз может ставиться, особенно в начальных стадиях, на основе одного или немногих симптомов. Если в МКБ или DSM для определения категории требуется, чтобы симптоматика была полной в течение определенного времени, то это означает опору на классификацию важных предварительных условий квалификации, которые несущественны для диагностики: только что развившийся острый психоз должен быть незамедлительно диагностирован для начала проведения лечения. Для клинического диагноза наряду с симптомами определяющими являются характер поведения или психодинамическое состояние, которые едва ли станут важными для классификации.

Для первичной индивидуальной диагностики классификационная система не употребляется. Диагноз каждого отдельного больного, как описано выше, должен определяться индивидуально и многомерно. Если вместо этого при наблюдении больного, например при поступлении в клинику, исходить из заранее взятых категорий и их критериев, то эти обобщенные и абстрагированные данные были бы перенесены на конкретного человека, а его индивидуальное состояние осталось бы без внимания. Классификация возможна и осмысленна как вторичный процесс после диагностики.

Классификация, подменяющая диагностику, может непроизвольно привести к ложному диагнозу и ошибочному лечению. К тому же такое злоупотребление классификацией привело бы к наложению штампа на больного, этакой психиатрической этикетки, что критикуется, как эффект ярлыка, и свойственно торопливому психиатрическому стилю работы.

Попытка согласования диагностики, ориентированной на больного, и категориальной классификации могла бы быть успешной при условии адекватного применения упомянутого многоосевого подхода с учетом показаний к терапии.

Процесс редукционного классифицирования, безусловно, может способствовать тенденциям упрощенчества, он говорит то же, что и Мефистофель ученику, который не способен следовать учителю: «О, все пойдет на лад. В редукцию лишь надо вникнуть, к классификации привыкнуть» (Гёте. Фауст).

Прогресс современной психиатрической классификации заключается в стандартизации отдельных диагностических признаков и в их едином интернациональном употреблении. И все же указанные основания не позволяют использовать классификационную систему для любых целей. «Применение классификации требует в первую очередь отказа от нее» (Штремгрен). При создании учебника невозможно полностью присоединиться к той или иной классификации. Данная книга опирается на классификацию МКБ 10, но не соблюдает ее последовательности в перечислении нозологических групп. В специальных главах упоминаются разделы классификации и даются нужные разъяснения.

Чтобы способствовать процессу изучения материала, далее дается классификация МКБ 10 в сокращенной форме. Эта классификация может быть использована в излагаемом варианте только в процессе тщательного изучения оригинала текста книги.

Международная классификация болезней, 10-й пересмотр, 1991 (МКБ 10) Всемирной организации здравоохранения (сокращенная)

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 деменция при болезни Альцгеймера

F00.0 с ранним началом (тип 2)
F00.1 с поздним началом (тип 1)
F00.2 атипичная или смешанная форма

F01 сосудистая деменция

F01.0 сосудистая деменция с острым началом
F01.1 мультиинфарктная деменция
F01.2 субкортикальная сосудистая деменция
F01.3 смешанная (корковая и подкорковая) сосудистая деменция

F02 деменция при болезнях, классифицированных в других разделах

F02.0 при болезни Пика

F02.1 при болезни Крейцфельдта–Якоба

F02.2 при болезни Гентингтона

F02.3 при болезни Паркинсона

F02.4 при ВИЧ-инфекции

F03 деменция, неуточненная

F04 органический, амнестический синдром (корсаковский синдром), не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05 делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05.0 делирий без деменции

F05.1 делирий при деменции

F06 другие психические расстройства на почве повреждения или функциональных расстройств мозга или при соматических заболеваниях

F06.0 органический галлюциноз

F06.1 органическое кататоническое расстройство

F06.2 органическое бредовое или шизофреноподобное расстройство

F06.3 органические аффективные расстройства

F06.4 органическое тревожное расстройство

F06.5 органические диссоциативные расстройства

F06.6 органические эмоционально лабильные или астенические расстройства

F07 расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга

F07.0 органическое расстройство личности

F07.1 постэнцефалитический синдром

F07.2 постконтузионный синдром

F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психотропных веществ

F10 расстройства в результате употребления алкоголя

F11 расстройства в результате употребления опиоидов

F12 расстройства в результате употребления каннабиоидов

F13 расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ

F14 расстройства в результате употребления кокаина

F15 расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин

F16 расстройства в результате употребления галлюциногенов

F17 расстройства в результате употребления табака

F18 расстройства в результате употребления летучих растворителей

F19 расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и других субстанций

Под 4-м и 5-м пунктами описываются клинические проявления:

F1x0 острая интоксикация

F1x1 употребление с вредными последствиями

F1x2 синдром зависимости

F1x3 синдром отмены

F1x4 синдром отмены с делирием

F1x5 психотическое расстройство

F1x6 амнестический синдром, вызванный алкоголем или наркотиками

F1x7 резидуальное расстройство и отставленное психотическое нарушение, вызванное алкоголем или наркотиками

F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F20 шизофрения
F20.0 параноидная шизофрения
F20.1 гебефреническая шизофрения
F20.2 кататоническая шизофрения
F20.3 недифференцированная шизофрения
F20.4 постшизофреническая депрессия
F20.5 резидуальная шизофрения
F20.6 простая форма шизофрении
F21 шизотипическое расстройство
F22 хронические бредовые расстройства
F23 преходящие острые психотические расстройства
F24 индуцированные бредовые расстройства (folie a deux)
F25 шизоаффективные расстройства

F3 Аффективные расстройства

F30 маниакальный эпизод
F31 биполярное аффективное нарушение
F32 депрессивный эпизод
F33 рецидивирующие депрессивные расстройства
F34 хронические аффективные расстройства
F34.0 циклотимия
F34.1 дистимия

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F40 фобические расстройства
F40.0 агорафобия
F40.1 социальные фобии
F40.2 специфические (изолированные) фобии
F41 другие тревожные расстройства
F41.0 панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога)
F41.1 генерализованное тревожное расстройство
F41.2 смешанное тревожное и депрессивное расстройство
F42 обсессивно-компульсивное расстройство
F43 реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
F43.0 острая реакция на стресс
F43.1 посттравматическое стрессовое расстройство
F43.2 расстройства адаптации
F43.20 кратковременная депрессивная реакция
F43.28 другое специфическое расстройство адаптации
F44 диссоциативные (конверсионные) расстройства
F45 соматоформные расстройства
F45.0 соматизированное расстройство
F45.1 недифференцированное соматоформное расстройство
F45.2 ипохондрическое расстройство
F45.3 соматоформная вегетативная дисфункция
F45.4 хроническое болевое нарушение
F48 другие невротические расстройства
F48.0 неврастения (синдром истощения)
F48.1 синдром деперсонализации-дереализации

F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 расстройства приема пищи

F50.0 нервная анорексия
F50.1 атипичное анорексическое расстройство
F50.2 нервная булимия
F50.3 атипичное булимическое расстройство
F50.4 переедание, сочетающееся с другими психическими расстройствами
F50.5 рвота, сочетающаяся с другими психическими расстройствами

F51 расстройства сна неорганической природы

F52 половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F52.0 недостаток или потеря полового влечения
F52.1 сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения
F52.2 отсутствие генитальной реакции
F52.3 оргазмическая дисфункция
F52.4 преждевременная эякуляция
F52.5 вагинизм
F52.6 диспареуния
F52.7 повышенное половое влечение

F53 психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах

F55 злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость

F6 Расстройства личности и поведения

F60 расстройства личности

F60.0 параноидное
F60.1 шизоидное
F60.2 диссоциативное
F60.3 эмоционально неустойчивое
F60.30 импульсивный тип
F60.31 пограничный тип
F60.4 истерическое
F60.5 ананкастное (обсессивно-компульсивное)
F60.6 тревожное (уклоняющееся)
F60.7 зависимое
F60.8 другое расстройство личности

F61 смешанное и другие расстройства личности

F62 хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга

F62.0 после переживания катастрофы
F62.1 после психической болезни

F63 расстройства привычек и влечений

F63.0 патологическая склонность к азартным играм
F63.1 патологические поджоги (пиромания)
F63.2 патологическое воровство (клептомания)
F63.3 трихотилломания

F64 расстройства половой идентичности

F64.0 транссексуализм
F64.1 трансвестизм при сохранении обеих половых ролей
F64.2 расстройство половой идентификации у детей

F65 расстройства сексуального предпочтения

F65.0 фетишизм

F65.1 фетишистский трансвестизм

F65.2 эксгибиционизм

F65.3 вуайеризм

F65.4 педофилия

F65.5 садомазохизм

F65.6 множественные расстройства сексуального предпочтения

F66 психические и поведенческие проблемы в связи с сексуальным развитием и ориентированием

F66.0 кризы сексуального созревания

F66.1 Эго-дистоническая сексуальная ориентация

F66.2 расстройства сексуальных отношений

F68 другие расстройства личности и поведения

F68.0 развитие соматических симптомов по психическим причинам

F68.1 искусственно сделанные нарушения (преднамеренно производимые или вследствие заблуждений)

F7 Умственная отсталость

F70 легкая умственная отсталость

F71 умеренная умственная отсталость

F72 тяжелая умственная отсталость

F73 глубокая умственная отсталость

4-й пункт служит для описания связанного с ней расстройства поведения

F7x0 отсутствие или минимальные расстройства поведения

F7x1 явные расстройства поведения

F8 Нарушения развития

F80 специфические расстройства развития речи и произношения

F80.0 расстройства артикуляции речи

F80.1 расстройство экспрессивной речи

F80.2 расстройство рецептивной речи

F80.3 приобретенная афазия с эпилепсией

F81 специфические росстройства развития школьных навыков

F81.0 расстройство чтения и письма

F81.1 изолированные расстройства письма

F81.2 нарушения счета

F81.3 смешанное расстройство школьных навыков

F82 специфическое расстройство развития двигательных функций

F83 смешанные специфические нарушения развития

F84 глубокие нарушения развития

F84.0 ранний детский аутизм

F84.1 атипичный аутизм

F84.2 синдром Ретта

F84.3 другое дезинтегративное расстройство детского возраста

F84.4 гиперкинетическое расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F84.5 синдром Аспергера

F9 Расстройства поведения и эмоций, начавшиеся в детском и подростковом возрасте

F90 гиперкинетическое расстройство

F90.0 нарушения активности и внимания

F90.1 гиперкинетическое расстройство поведения

F91 нарушения социального поведения
F92 смешанные нарушения социального поведения и эмоций
F93 эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста
F93.0 тревожное расстройство в связи с разлукой
F93.1 фобическое расстройство в детском возрасте
F93.2 расстройство с социальной обидчивостью
F93.3 расстройство сиблингового соперничества
F94 расстройство социального функционирования с началом, для детского и подросткового возраста
F94.0 элективный мутизм
F94.1 реактивное расстройство привязанности детского возраста
F94.2 расторможенное расстройство привязанности детского возраста
F95 тикозные расстройства
F98 другие расстройства поведения и эмоций, начинающиеся обычно в детском или подростковом возрасте
F98.0 энурез
F98.1 энкопрез
F98.2 расстройство питания в младенчестве или у грудных детей
F98.3 поедание несъедобного (пика)
F98.4 стереотипные двигательные расстройства
F98.5 заикание (дислалия)
F98.6 речь взахлеб

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Эпидемиология в психиатрии изучает частоту, вид и тяжесть психических нарушений в пространстве и во времени (*описательная эпидемиология*). Методические трудности подобных исследований очевидны: для психозов эти показатели более достоверны, чем для неврозов, которые не столь легко отличимы от нормального состояния. Частоту задержек интеллектуального развития трудно определить из-за плавных переходов к среднему интеллекту. Количество наркоманий трудно оценить из-за низкой обращаемости пациентов.

Эпидемиология различает заболеваемость — число новых заболеваний в данном отрезке времени и болезненность — общее число больных на определенный промежуток времени. *Риск заболеваемости* (ожидаемая заболеваемость) определяется по тому, с какой вероятностью может заболеть той или иной болезнью отдельное лицо (в какой-либо популяции) в течение жизни (при достижении определенного возраста).

При наблюдениях учитываются не больничные поступления (больничная статистика), а региональные статистические данные или результаты полевых исследований. Одно такое полевое ис-

следование проведено в сельском баварском районе (Диллинг), во время которого на момент обследования выявлены следующие психические нарушения: всего психических расстройств — 40,9 %; после исключения более легких форм остаются нуждающиеся в лечении больные (хотя и не все они лечатся у психиатра) — 18,6 %. Из них неврозы и личностные нарушения составляют 12,0 %, алкоголизм и наркомания — 1,8, шизофрения — 0,4, аффективные и другие психозы — 1,3, органические мозговые психозы позднего возраста — 1,4, другие органические заболевания — 0,6, олигофрения — 1,0 %. Неврозы и аффективные психозы бывают чаще у женщин, зависимости — у мужчин. Эти цифры пригодны лишь на момент обследования. Количество нуждающихся в лечении в течение года составляет 24,1 %, из них 6,3 % нуждается в лечении у психиатра. Полевое исследование показало также, что большая часть больных с психическими расстройствами обращается к семейному врачу. Как показали исследования ВОЗ, проведенные в двух крупнейших немецких городах, такие пациенты составляют около 1/4 всех клиентов врачей общей практики. Однако семейный врач может распознать немногим более половины болезней с психическими расстройствами.

Кроме того, пытаются определить, насколько появление и течение психических заболеваний зависят от факторов риска, особенно от социальных условий (*аналитическая эпидемиология*). Неоднократно подтверждалось (в том числе недавними исследованиями в Баварии и в Маннгейме), что в низших слоях населения психические заболевания встречаются чаще, чем в верхних.

Однако подобные корреляции не отвечают на вопрос о причинах: приводят ли социальные условия к заболеваниям (социальная обусловленность, что весьма гипотетично) или же само заболевание приводит к падению социального уровня больного (социальная избирательность, что тоже гипотетично). Это до сих пор остается неясным. К тому же результаты многих эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в более бедных слоях населения ниже возможности лечения. Поэтому результаты эпидемиологических исследований трудно интерпретировать.

Исследования, эпидемиологически охватывающие события, которые изменяют жизнь человека, как и их оценку и обработку их носителей, обобщаются как исследования *жизненных событий*. Они указывают на условия, вызывающие манифестацию или выявление психического заболевания, и на последствия заболевания для службы призрения и профилактики. Таким же

методом изучают и отдельные психические заболевания. Психиатрическая эпидемиология успешно занимается следующими вопросами: как часто психические заболевания приводят к смерти (*летальность* по отношению к числу больных) и какова доля психических заболеваний в общей смертности (*смертность* по отношению ко всему населению).

Психогериатрическая эпидемиология. В области психиатрии позднего возраста эпидемиология приобретает особое значение, поскольку количество старых людей среди психиатрических пациентов существенно возросло.

Продолжительность жизни за последние 100 лет увеличилась почти вдвое. Сейчас людей старше 60 лет в 3 раза больше, чем в начале века; старше 70 лет – в 3,5 раза больше; старше 80 лет – в 7,5 раза больше. Старые люди чаще остаются одинокими, женщины в 3 раза чаще, чем мужчины.

Если раньше речь шла о психозах позднего возраста, то обычно, если не исключительно, думали о мозговом артериосклерозе и атрофических процессах мозга. Проводимые сегодня систематические исследования в психогериатрии обнаруживают дифференцированную картину психических заболеваний в позднем возрасте, характерную для аналогичного контингента среднего возраста. Психогериатрия занимается не только пациентами с психическими заболеваниями, развивающимися в позднем возрасте, но и психически больными, дожившими до позднего возраста. Обе эти группы описываются в специальных главах.

Психически больные позднего возраста составляют значительную часть психиатрического контингента. В психиатрических больницах они составляют 30 % больных; в амбулаторных условиях и в частных стационарах подобного увеличения не отмечается.

К вопросу о *распространенности болезней* можно добавить, что после 65 лет выявляется около 25 % людей с психическими нарушениями, в пансионатах для стариков – даже 40 %. Чем больше нарушено соматическое здоровье, тем чаще встречаются психические нарушения.

При этом в возрасте свыше 65 лет отмечается 3–8 % случаев психоорганических расстройств (в том числе с определенной степенью деменции; в возрасте свыше 85 лет – около 30 % (с годовым приростом по 5 %). Шизофрения и аффективные психозы наблюдаются после 65 лет в 1–2 % случаев. Невротические и родственные им расстройства встречаются часто, число их колеблется. Показатели суицидов у старых людей выше, чем у молодых, особенно у мужчин.

II. БОЛЕЗНИ

НЕВРОЗЫ

Общая часть

Неврозы — это психические заболевания, часто встречающиеся не только в амбулаторной практике, но и в немедицинских консультативных учреждениях. Однако понятие «невроз» было и остается спорным: стоит ли его расценивать как болезнь. Во многих разделах психиатрии оно применяется с осторожностью. Раньше это происходило из-за того, что оспаривалась господствующая психоаналитическая концепция, а теперь из-за того, что при большой требовательности к классификациям неврозы бывает трудно к ним приспособить.

Определение: неврозы с клинической точки зрения — это болезни с определенными психическими симптомами (например, заторможенность, расстройства настроения, страх, навязчивости, психические автоматизмы) или соматическими нарушениями (особенно с функциональными жалобами локального характера); они могут проявляться и в нарушении поведения, и в своеобразии личности. *Течение* часто хроническое. Возникновение их считается в основном психореактивным, а с *психоаналитических позиций* — следствием нарушений психического развития в детстве, особенно в результате неадекватной компромиссной переработки конфликта. При этом, как показывает *опыт теории научения*, симптомообразование болезни определяется как неправильный, неадекватный процесс научения (в смысле классического и оперантного обусловливания, особенно в сторону подкрепления).

Такой подход в определении неврозов недостаточно полон. Частности еще требуют разъяснения. Во всяком случае учение о неврозах, которое представляет большой раздел психиатрии и психосоматической медицины, здесь невозможно представить в полном объеме.

В данной книге с неврозов начинается частное учение о болезнях, поскольку решение многих проблем основывается на учении о неврозах, имеющем большое значение для понимания других психических заболеваний. При этом следует отметить, что по отношению к теории и способу возникновения, к терминологии и делению неврозов нет единообразия. В отношении клиники и терапии позиции имеют большее сходство.

Эта глава разделена на общую и специальную части, поскольку есть много общего в отношении генеза, течения и лечения различных неврозов, на которые ориентируются диагностика и терапия, несмотря на наличие переходных форм.

Эпидемиология. В результате новых исследований (проведенных в Германии) показано, что частота неврозов (включая психосоматические нарушения и расстройства личности) после исключения самых легких и не нуждающихся в лечении форм составляет 12–26 %. Причем половина из них приходится на жалобы функционального характера и психосоматические нарушения. Среди пациентов в практике семейных врачей невротики составляют 10–50 %.

Если эти цифры кажутся очень высокими, то следует иметь в виду, что сюда включаются отдельные преходящие психореактивные расстройства; они же проходят и в рубрике здоровых. Речевой оборот, гласящий, что «почти каждый человек бывает когда-либо невротиком», происходит из некритически расширенного, клинически не оправданного понятия о неврозах.

У женщин чаще бывают анорексия, суицидальные попытки, конверсионные синдромы и истерические расстройства личности; у мужчин — энурез, суициды, неврозы навязчивостей и расстройства личности. В среднем взрослые женщины болеют неврозами чаще, чем мужчины. Чаще ли встречаются неврозы в низших социальных слоях, еще не установлено.

Детские психиатры встречаются с невротическими и поведенческими расстройствами чаще у мальчиков, чем у девочек. Это имеет, очевидно, как биологические, так и психосоциальные корни: легкие раннедетские мозговые повреждения чаще бывают у мальчиков, а они благоприятствуют развитию психореактивных расстройств. Кроме того, необходимо помнить, что родители возлагают больше надежд на сыновей, чем на дочерей. Только невроз навязчивости бывает чаще у девочек.

Конфликты

В следующих разделах происхождение неврозов объясняется на основе разных подходов. При этом глубинно-психологическое толкование конфликта вследствие его важного значения излагается более подробно.

Конфликт возникает тогда, когда у человека появляются два устремления жизненного характера, которые противоречат друг другу и несоединимы, но настойчиво требуют разрешения. С точки зрения психоанализа конфликты возникают между Я и

Оно или между Сверх-Я и Оно. В качестве основного Фрейд рассматривает сексуальный конфликт, который в широком смысле понимается как межчеловеческий конфликт. Сексуальность — это не единственный источник конфликтов. Особое внимание привлекают конфликты, возникающие в сфере имущества и владения, близости и разрыва, автономии и зависимости, силы и подчинения, агрессивности и соперничества.

Пример раннего конфликта у ребенка состоит в ситуации лакомки: должен ли он следовать своей потребности (испытывая страх) или родительскому запрету? Третья возможность — сдержать свое желание до той поры, когда мама все же выдаст шоколадку, была бы реальным способом преодоления конфликта.

Причины конфликтов многообразны. Так, человек может двойственно относиться к представлению о цели, он может чего-то желать и что-то отвергать. Например, к изменению своих жизненных условий, когда определенные выгоды привлекают человека и одновременно пугают, потому что связаны с серьезной перестройкой и дополнительными нагрузками. Можно чувствовать себя связанным с человеком и одновременно испытывать к нему отвращение, добиваться тесных (сексуальных) отношений и в то же время страшиться их (*конфликт желание—отвращение*). Не только противоположные устремления обусловливают конфликт, но и те, которые друг другу не противоречат, однако не могут быть реализованы одновременно. Простой пример тому — конфликт женщины, разрывающейся между работой и семьей, точнее сказать, между профессиональными честолюбивыми устремлениями и семейными потребностями (*конфликт желание—желание*).

Здесь следует объяснить некоторые термины психоаналитической структурной модели.

«Оно», по Фрейду, — это обобщение стремлений, «источник устремлений, потребностей и импульсов» (меня тянет). Стремления обязательно *бессознательны*, доступны лишь опосредованно, когда проявляются в процессах Я.

«Взаимозависимую организацию психических процессов у одного лица» Фрейд определил как *«Я»*. Это Я очерчивается в процессе развития человека путем конфронтации с внешним миром и имеет следующие функции: испытание реальности, приспособление к окружению, отчуждение от внешнего мира, контроль над своими аффектами и потребностями, интеграция переживаний. Здоровое (сильное) Я определяется по способностям владеть своими чувствами и потребностями, переносить и перерабатывать их, ограничивать себя и все же вступать во взаимоотношения с другими. Если Я неполноценно, говорят о слабости Я. Последствия этого выражаются в разных формах при психических заболеваниях. По этой же модели Я становится инстанцией в развитии страха (см. ниже).

«Сверх-Я» имеет функции самоконтроля и моральной цензуры, оно объединяет этические и социальные нормы. Это происходит тогда, когда ребенку его Сверх-Я передается от Сверх-Я родителей и других окружающих его лиц (не по образцу Я родителей). *«Я-идеал»* (или идеальное Я) — это идеальная картина своего Я. Он происходит, согласно психоаналитическому учению, от (первичной) идентификации с родителями и другими окружающими лицами. Сверх-Я и Я-идеал означают, с одной стороны, советы и запреты, а с другой — идеал как образ цели, оказывающей серьезное влияние на поведе-

ние человека. Совесть покрывается Сверх-Я в узком смысле, а в широком — охватывает обе функции и Сверх-Я и Я-идеала.

Оно, Я, Я-идеал, Сверх-Я — это гипотетические понятия, которые в рамках психоаналитической теории предоставляют возможность определенной ориентировки и научного понимания.

В учении о неврозах понятие конфликта неоднозначно: конфликт между внутренним и внешним, между желанием и законом, между природой и культурой, между индивидуумом и обществом. Если внешние правила воспринимаются чувственно (интроецируются), может развиться патогенный конфликт. Даже если конфликт носит характер межчеловеческий, психосоциальный, он «интернализируется» — переходит во внутрипсихический конфликт. «Мир, в котором живет человек, — это не внешний мир, а его мир» (Шоттлендер). И «душа человека и есть его мир» (Метцгер). Предписания общества в области культуры и этики для индивидуума не являются чем-то чуждым, а составляют часть его самого.

Фрустрация — это отказ от витальных стремлений, разочарование в ожиданиях из-за внешних и внутренних обстоятельств. Фрустрация может вызвать агрессию против лиц, ее обусловивших, например против родителей, которые сдерживают угрозами и наказаниями исполнение желаний детей, а позже — у взрослых — это переносится на руководителей и высшие инстанции. Агрессивные импульсы могут входить в конфликт со Сверх-Я.

Фрустрации может и не быть вследствие абсолютной недостижимости цели. Вначале она является препятствием для достижения цели: принуждает к изменению поведения, в результате чего достигается новое и более благоприятное приспособление к ситуации; является элементом здорового развития человека, который переносит фрустрацию и учится преодолевать ее так, что появляется *фрустрационная толерантность*. С другой стороны, фрустрация может стать причиной уступчивости, в результате которой отказываются от достижения желанной цели. Повторение подобных переживаний может привести к формированию чувства обиженности как постоянной установки человека с чрезмерными требованиями к жизни (жизненная перспектива снизу). Между борьбой и уступками лежит целая гамма способов переработки ситуации.

Под *агрессией* понимают импульс нападения и соответствующее поведение, направленное против людей, учреждений или обстоятельств. Цель агрессии состоит в повышении своей роли за счет позиций другого. Но агрессия — это не только выраже-

ние потребности доказать свою силу, но и в более широком смысле — это показатель витальности и стремления к самостоятельности, к самоутверждению личности в процессе развития. Агрессия выражается по-разному: открыто и скрыто, деструктивно и сублимационно, активно или пассивно. В патологических формах агрессия проявляется при психических заболеваниях — не в продуктивных действиях, а в деструктивном отношении к самому себе или к другим лицам.

Фрустрации могут не только пробуждать стремление к агрессии, но и вызывать ситуации искушения, которые еще Фрейд считал важным элементом возникновения невроза. Искушение содержит потребность умиротворять себя, несмотря на внутренние домогательства или внешние запреты. Оно усиливается при наличии препятствий. Детские сексуальные устремления представляют особенно сильные искушения, поскольку семейная среда их запрещает. Ранние конфликты такого рода позже могут реактивироваться в форме *ситуации искушения—отказа*.

Если Я-идеал не достигается, может сформироваться чувство неполноценности. Чувство вины возникает из-за конфликта между Сверх-Я и Оно, между «совестью» и желанием. Эти процессы в основе своей нормальные, но могут стать невротическими, если их не преодолевать, а защита от них осуществляется описываемыми ниже невротическими способами.

Переработка конфликта. Конфликты и фрустрации могут, как это уже подчеркивалось, разрешаться адекватно, т. е. соответственно ситуации и реальности. При этом конфликт осознается полностью или хотя бы частично и «рационально» перерабатывается. Противоречивые тенденции в идеальных условиях интегрируются в жизненный процесс. Речь идет о «жертвенном» разрешении в смысле дальнейшего развития личности, т. е. имеются «нормальные» конфликты и «нормальные» пути их преодоления.

Другие способы их переработки — это вытеснение и сублимация. При *вытеснении* на место первично необходимой цели подставляется другая похожая цель, например агрессивный импульс направляется на другого человека, который кажется менее опасным.

Если устремления направлены на социальную, духовную или этически более высокую цель, говорят о *сублимации*. Так, агрессивность переводится в настойчиво-честолюбивое выполнение трудного задания, индивидуальные жизненные стремления пере-

страиваются на социальную или педагогическую активность. Переработка конфликта может получить свое выражение в искусстве. Давление конфликта дает выход энергии в мотивацию к творческой научной деятельности. Творчество можно рассматривать как сублимацию первичной цели, хотя не следует отрицать личностные усилия и творческую заинтересованность.

Разгрузка может быть достигнута в *фантастическом удовлетворении: мнимые желательные представления* типа дневных грез наяву замещают неприятную реальную ситуацию. Такая «побочная реальность» (особенно у взрослых) может постепенно приобрести доминирующий характер, и тогда путь назад, к основной реальности, полностью восстановить не удается.

Возможно ли описанными способами преодолеть конфликт, в какой степени и за какое время — зависит от многих условий, в первую очередь от силы и вида конфликта, а также от жизненных условий и структуры личности. Конфликты могут иметь характер абсолютной непреодолимости, и их разрешение или создание компромиссов, описанное выше, кажется совершенно невозможным (*антиномный конфликт*). Такие конфликты обыгрываются в классических трагедиях.

То, что касается конфликтов и их переработки, относится как к здоровым лицам, так и к невротикам, между ними нет жесткой границы. Однако следует разобраться, почему возникают выраженные *невротические конфликтные переживания*, почему заболевший человек склонен к столь далеко идущим толкованиям и к соответствующему им поведению и не в состоянии понять истинный характер конфликтной ситуации, не говоря уже о вышеупомянутых способах изживания конфликта или нахождения компромисса. Если напряжение конфликта превышает степень переносимости, его разрешение достигается только через невротические защитные механизмы.

Защитные механизмы. В основном каждый психический процесс может служить устранению несовместимости (непереносимого устрашающего или несовместимого с нормальной психикой переживания), например работой или, наоборот, бездеятельностью, замкнутостью или дружественным поведением и т. д. «Защита означает, что что-то устраняется из сознания без осознания этого» (Куипер). Некоторые способы защиты встречаются часто и называются защитными мерами (механизмами).

Особое значение для происхождения неврозов имеет *вытеснение* несовместимых *внутренних* процессов в сферу бессознательного. Вытесняется то, что непереносимо или не поддается осознанию, часто это внутренние побуждения. Иначе дело обстоит у

лиц со слабой волей или неустойчивых, для которых важно соблюдать в жизни дисциплинирующие их правила. У них вытесненное стремление хотя и не осознается, но остается действенным; после этапа неосознанной переработки оно может проявиться снова, но уже в форме невротических симптомов (соматические или психические расстройства здоровья, нарушения поведения).

Против возвращения в сознание вытесненного импульса возникает *сопротивление*, которое задерживает восстановление актуальности конфликта в сознании и новое проявление страха. Основная задача аналитической психотерапии заключается в переработке и преодолении этого сопротивления. Во сне ослабляется цензура и тогда вытесненные побуждения появляются в сновидениях, хотя бы в символической форме.

Другой процесс защиты — *отрицание* (вытеснение способности различать): когда человек представляет невозможным существование того, что способствует конфликту и с чем трудно смириться. Это отбрасывается с пристрастной и нерациональной аргументацией (как страус прячет голову в песок).

Интеллектуализация — логическое объяснение эмоциональных процессов, которое путем абстрагирования, обобщения, обезличивания снижает их значимость.

Рационализация — это, казалось бы, рациональное объяснение неправильного поведения или отказа от действия, которое на самом деле возникает в связи с неосознаваемыми эмоциональными трудностями (как лисица, которая называет недоступный ей виноград кислым и невкусным).

Изоляция, по Фрейду, означает следующее: «Переживание не забывается, но его аффективная окраска блекнет, и его ассоциативные связи подавляются и не репродуцируются в дальнейшем течении мыслительной деятельности».

Следующий защитный механизм называется *превращением в противоположное*, а также *формированием реакции*. Этот механизм чаще направляется на близких людей, агрессивность в отношении которых подавляется и вытесняется, как явление нежелательное, а на ее место приходит чрезмерная заботливость. Этот процесс часто встречается у матерей, оберегающих и балующих своих детей. Другой пример — сверхпорядочность при конфликтных анальных импульсах или гиперсексуальность в поведении при недостаточной любви, воспринимаемой с чувством собственной виновности.

Проекция — это бессознательное перенесение собственных представлений и импульсов на другого человека, у которого эти проявления (действительные или мнимые) воспринимаются критически, а на собственные переживания эта критика не переносится. Такое явление может иметь место при сексуальных желаниях, при агрессивных импульсах и других побуждениях. В узком смысле понятие проекции родственно бредовым идеям.

Интроекция означает, что чьи-то переживания или поступки переносятся на себя и приписываются своему Я. Сходное явление заключается в *идентификации*, т. е. в переносе на свое Сверх-Я. Проекция и идентификация тесно связаны друг с другом: то, что один (проективно) приписывает другому, может (путем идентификации) снова подвергнуться интроекции и таким образом обрести новое значение (например, нападение — лучшая защита).

Дальнейшие защитные механизмы, описываемые при отдельных заболеваниях, — это конверсия, диссоциация, избегание и регрессия. Еще не ясно, сколь глубоко заложены эти защитные механизмы в личностные основы и насколько они происходят из раннедетских переживаний.

От интраиндивидуальных защитных процессов отличают интерперсональную и психосоматическую защиту, которая ориентирована на снижение напряженности конфликта. Это видно уже при обращении в противоположное и при проекции, а также если, например, собственные неудовлетворенные желания и расстройства настроения вызывают повышенные требования к ребенку, чтобы тем самым гиперкомпенсировать недостаток внимания к нему (так называемый делегированный ребенок).

Благодаря защите достигаются (бессознательно) снятие напряжения, дезактуализация конфликта и реакции страха. Если при этом невротические симптомы хотя бы ослабляются (возникновение этих симптомов еще нуждается в объяснении), такое улучшение полезно (поскольку жизнь становится более сносной). Это явление определяется как *первичная* выгода от болезни. Сюда же причисляется и *вторичная (социальная) выгода от болезни*: больной приучается получать от своих невротических проявлений социальную выгоду, например снисхождение, повышенное внимание, отодвигание проблемы.

Переход содержания переживаний на бессознательный уровень не обязательно рассматривается как патология. В постоянно меняющихся переживаниях может стать бессознательной даже значительная их часть, хотя бы на основе психической экономии. Человек может не иметь установки на жизненно необходимые акции, если часть его опыта не погружена в бессознательное или в *предсознание* (содержание которого благодаря нацеленности внимания еще достигнет осознаваемого). Это не однозначно с забыванием, так как большая часть вытесненного позже снова станет действенным, во

всяком случае оно остается в числе богатств человеческого опыта. *Бессознательное* имеет собственные законы: оно менее стройно, чем сознательная жизнь, логика в нем не так строга, противоречивые тенденции не исключают друг друга, временные отношения размыты. Бессознательное — это большая часть душевной жизни, в которой психопатологически самым важным является вытеснение в бессознательное, в «Оно».

От проанализированного бессознательного, которое может быть названо личным бессознательным, следует отличать *«коллективное бессознательное»* К.Г. Юнга, которое является резервуаром общечеловеческих представлений. «Это психическое бессознательное, общее у всех людей, состоит в латентной диспозиции к идентичным реакциям». Прообраз коллективного бессознательного (прообраз матери, старые мудрецы, призраки, анима—анимус и т. д.) Юнг назвал «архетипом»; эти архетипы в процессе жизни человека уходят в бессознательное и могут оживать только в сновидениях (комплексы). Важную роль в возникновении архетипов играют мифы и сказки, а также установка личности к экстраверсии или интроверсии. Цель психотерапии, которую Юнг (в отличие от психоанализа Фрейда) называет *аналитической психологией*, — это поиски самого себя (индивидуация) и нахождение смысла в явлениях.

Другое раннее направление глубинной психологии — индивидуальная психология А. Адлера — подчеркивает стремление к силе и безопасности, исходящее из сознания своей неполноценности (в том числе и вследствие телесной неполноценности), и далее — стремление к соперничеству между братьями и сестрами. Эти положения в процессе развития психоанализа постепенно интегрировались с его постулатами. Ныне они используются в первую очередь в педагогике и лечебной педагогике.

Неопсихоанализ (представленный в США К. Хорни, Х.С. Салливеном и Э. Фроммом, а в Германии — Х. Шульцем-Хэнке и А. Дюрссеном) исходит из побудительно-психологической модели неврозов и отчасти из общепризнанной роли эдипова комплекса, подчеркивает патогенное значение глубинного невротического страха и придает особое значение межчеловеческим отношениям в семье и обществе; наряду с сексуальными комплексами считается важным стремление к собственности, власти и к самоутверждению. Подавление этих импульсов считается источником конфликтов.

Развитие неврозов

После обсуждения понятий конфликтов, переработки конфликтов и защитных механизмов возникают следующие вопросы: почему человек реагирует именно таким образом, т. е. невротическим? Как развивается личностная структура с определенными предпочтительными установками и специфическими видами реакций? Для этого определяются (хотя и не исключительно, но в основном) условия, в которых происходит психическое развитие, особенно в ранней детской стадии. Неправильное развитие может приводить к неврозам.

Здесь невозможно перечислить многочисленные учения о развитии, их теории и предположения. В психиатрическом ас-

пекте речь идет прежде всего об *эмоциональном* развитии и его связях с развитием поведения, взаимоотношений и т. д. Короче говоря, мы рассматриваем, с одной стороны, здоровое развитие, а с другой — патологическое развитие в форме неврозов и других психических заболеваний. Развитие познавательных функций (в частности, по Пиаже) здесь только упоминается.

Важные открытия в генезе неврозов — это глубинно-психологическое учение о развитии, учение о фазах развития Фрейда, чьи произведения создали основу понимания психических нарушений, а также более поздние дополнения, особенно Эриксона и Малера.

Грудной возраст (безопасность, доверие). В первые месяцы жизни этого еще несамостоятельного и зависимого существования (а возможно, еще и в пренатальном периоде) переживания новорожденного определяются в основном впечатлениями от восприятий, которые вначале идут от кожи; рано включается слух, а за ним и зрение. Это называется *сенсорной фазой*. Качество восприятия зависит от эмоциональной установки их носителя. Недостатки или нарушения этих сенсорных переживаний могут привести к более поздним нарушениям — неуверенности в межчеловеческих контактах и к недоверию во взаимоотношениях, особенно при шизоидных неврозах и нарцистических расстройствах личности. Развитие нарциссизма заслуживает особого описания.

В грудном возрасте *в основном одно* из ощущений имеет особое значение — это сосание. Оно служит для приема пищи, которая означает одновременно удовлетворение побуждений, установление контакта с матерью и ощущение, полное любви. Нарушение переживаний в этой *оральной фазе*, например вследствие потери удовлетворяющего лица (так называемая первичная потеря объекта) и даже угроза этому союзу двоих может привести к серьезному нарушению «первичного доверия» (Эриксон), которое в последующих стадиях развития вряд ли компенсируется. Такие оральные фрустрации — не редкость, они могут позже проявиться в так называемых оральных нарушениях (захватнические тенденции, стремление к обладанию имуществом, излишняя еда), особенно при депрессивных неврозах и наркоманиях. Повторные или длительно сохраняющиеся состояния недостаточности в этой фазе приводят к тяжелым необратимым нарушениям социализации (психический госпитализм).

Эти фазы, называемые также *стадией начальных контактов*, охватывают первый год жизни ребенка. В разделении фаз, по Малеру, различают аути-

стическую фазу (первые месяцы жизни), симбиотическую (тесная связь с матерью) и фазу отделения и дифференцирования (второе и третье полугодия), а затем фазу нового сближения.

Младший детский возраст (автономизация, индивидуализация). Вместе с моторным развитием (стояние, ходьба и т. д.) на втором году жизни ребенок начинает проявлять активность и особенно собственную волю, приучаясь говорить «нет» (так называемый возраст противоречий). Индивидуализация деятельности и развитие автономизации приводят к конфликтам с окружающей средой и могут вызывать агрессивные импульсы.

Примерно в это же время ребенок приучается контролировать мускулатуру сфинктеров мочевого пузыря и кишечника Эти функции имеют значение и для психического развития, поэтому говорили об «анальной фазе», когда уход за детьми был сложнее, чем при наличии современных средств. То, что является продуктом выделения, становится предметом обсуждения, и тогда развивается широкий круг переживаний: самообладание — самоуверенность, иметь — не иметь, давать — брать, чистота и порядок. Многое зависит от родителей.

Слишком строгое воспитание в смысле чистоплотности и вообще строгость без нужды задерживают развитие. Однако особенно опасно, если мать (а иногда и отец) слишком заботливы, что вызвано неосознанными страхами потерять ребенка. Такие родители могут иметь собственные непреодолимые проблемы автономизации, поэтому их соответствующие действия порождают страх у ребенка. Таким образом, у ребенка развивается убеждение, что каждое проявление его самостоятельности вызывает опасность разозлить родителей или даже потерять их.

В этой фазе развивается неизбывная конфликтсодержащая амбивалентность между желанием автономии и потребностью в зависимости, а также тенденция к абсолютному разделению между добром и злом (расщепление) в смысле «формирования патологической пограничной личности».

Дошкольный возраст (триангуляция, детская сексуальность). Эта фаза развития часто начинается уже на третьем году жизни, особенно если в воспитании участвует отец. Ребенок открывает для себя половые признаки и признаки другого пола у окружающих, в том числе у родителей. Он определяет, что его отец и мать имеют свою область жизни, которая ему недоступна. К этому на данном этапе развития присоединяются возрастание самостоятельности и ощущение принадлежности себе своего Я. Неминуемо начинается соперничество малыша с отцом за право на мать. При этом чувства амбивалентны: ребенок опасается отца и одновременно восхищается им; он любит мать и в то же время в ней разочаровывается. У девочек возникают примерно те же отношения. При этом на место диады оральной фазы (мать —

дитя) приходит триада, иными словами, эдипальная ситуация (эдипов конфликт).

Эдипов конфликт — это нормальное и обычное явление в данной переходной фазе. Его появление и развитие необходимо и полезно. Однако если он сохраняется после этой фазы, то рассматривается как вредный для развития или патогенный, поскольку не преодолевается вследствие конфликтных отношений между родителями, с развитием фрустраций, страхов и агрессии.

У мальчиков может развиться кастрационный комплекс, а у девочек комплекс зависти к половому члену, если речь идет о ситуациях требования «части за целое». Эдипов конфликт — это прототип конфликта амбивалентности в межчеловеческих отношениях. Неудачное разрешение его рассматривается как причина неправильного сексуального формирования, истерических и других неврозов, личностных нарушений.

Значительно больше, чем позволяет современная терминология, вкладывается смысла в здоровое формирование влечений и форм поведения. Вместо прежнего одностороннего понимания эдипова комплекса сегодня принимаются широкие концепции, которые раскрывают возможности переживаний и конфликтов. Понятие эдипальности включает отношения между детьми и родителями, проблемы взросления, которые никогда не завершаются. В широком распространенном смысле эдипальная тематика обозначает, что растущий ребенок постигает необходимость устанавливать различные взаимоотношения с разными людьми, которые имеют определенные взаимоотношения между собой.

Дальнейшие фазы развития. На следующем этапе развития (примерно от 7 лет до пубертатного периода) психосексуальная тематика относительно ослабевает (поэтому он называется *латентной фазой*). Приобретают значение новые области деятельности, особенно школа, друзья и вхождение в общество. С телесно-сексуального созревания в *пубертате* (инстинктивно-психологические проявления) начинается *генитальная фаза.* Психическое развитие на этом ни в коем случае не заканчивается.

Более поздние фазы развития исследованы меньше, чем ранние. В *подростковом возрасте* начинается ступенчатое вхождение во взрослый возраст. Ребенок в каждой из этих фаз развития имеет свои запросы, риск и возможности конфликта (а кроме того, и возможности компенсации и дозревания, о чем часто забывается). Невротизирующее влияние в это время, судя по многим прежним дискуссиям, скорее переоценивается. Устаревшим следует считать мнение, что единственным травмирующим переживанием, способным в этом возрасте вызвать неврозы, является грубая сексуальная конфронтация. Не менее существенно наличие угрожающей ситуации, которая многократно повторяется в одном направлении (последовательное травмирование по Кейлсону).

Несмотря на то что отношения родители–дети в целом определяют семейную структуру, также следует анализировать отношения подростков с братьями и сестрами, отношение к родителям и споры между собой, их привязанности и соперничество, и непременно в зависимости от сиблинговой позиции.

Приводимые до сих пор пояснения наряду с эмоциональными и волевыми компонентами развития касались также формирования Я и возникновения межчеловеческих отношений. Этот аспект используется преимущественно в *Эго-психологическом* рабочем направлении психоанализа, которое ориентируется на *нарциссизм* при здоровом и невротическом развитии.

Нарциссизм. Изначально новорожденный направлен полностью на себя, на первых этапах жизни он воспринимает себя как «объект любви», что называется *первичным нарциссизмом*. Когда ребенок начинает воспринимать других людей своего окружения, как правило, в первую очередь любящих родителей, они приобретают сравнимое эмоциональное значение как объект любви. В более поздние годы, особенно после любовных разочарований, может снова вернуться обращение (либидо) к собственному Я: если меня никто не любит, я буду любить себя сам. Такой процесс *вторичного нарциссизма* встречается часто.

Вторичный нарциссизм можно определить эмпирически, тогда как первичный нарциссизм имеет чисто теоретическое обоснование. Современное понятие нарциссизма сегодня имеет различное значение и необязательно только патологическое.

«Здоровый», т. е. реалистично направленный, нарциссизм проявляется в позитивной установке к самому себе в смысле стабильного чувства собственной ценности, которая, однако, нуждается в подтверждении других людей и содействует развитию уверенности в себе. Более сильные нарцистические признаки проявляются в тревожной неуверенности в случаях, когда необходимо налаживать контакты, связанные с излишне высокой самооценкой.

При выраженном нарциссизме место чувства собственной полноценности занимает себялюбие (по греческому мифу, Нарцисс влюбился в свое отражение). Нарцистичный человек влюблен только в себя, это сказывается на его межчеловеческих отношениях, особенно на отношениях с партнерами. Он способен любить, у него есть пассивная потребность в любви, он мог бы полюбить, но без принуждения, он «любит» только по собственной воле. Здесь лежит источник невротического конфликта. Нарцистическая неполноценность может быть понята как защитный механизм между потребностью в любви и отказом от нее: если я люблю себя, мне *нужно* любить кого-то еще и быть им любимым.

Как в партнерских отношениях проявляются сильные нарцистические тенденции, такими же они могут быть и в отношении к детям. Нарцистическая мать идентифицирует себя со своими детьми, в которых она видит часть самой себя. Ребенок нужен ей для игр. Нарцистически-тревожная мать говорит: «Если ты храбрый, ты ради меня не пойдешь на улицу». Ребенок,

таким образом, легко получает возможность полюбить самого себя, т. е. стать таким же нарциссистом.

Психическое развитие протекает в общем непостоянно и нелинейно. Нередко бывают задержки и даже регрессии.

Задержкой называется приостановка развития (торможение созревания), когда психическое (а нередко и соматическое) развитие не достигает показателей своего возраста. Если окружающие, как и сам субъект, предъявляют требования (прежде всего в межчеловеческих отношениях), которые тот не в состоянии выполнить, то возникают конфликты. При этом часто отдельные психические функции развиваются с различной скоростью; именно эта диссоциация обусловливает конфликты (асинхронные расстройства созревания при частичной ретардации или частичной акселерации). Ранние детские травмы мозга могут вызвать задержку развития, прежде всего в накоплении опыта, когда требования определенной фазы развития не могут быть выполнены. Примером тому может быть безотчетный отказ в психосексуальной области или в иных областях опыта, как и избалованность при гиперопеке.

Регрессия — это возвращение на ранние ступени развития. С психоаналитических позиций происходит регресс либидо, когда предпочитаются более ранние его этапы, поскольку прежние переживания имеют особое значение и удерживаются (фиксация), особенно если следующая фаза развития насыщена конфликтами, которые преодолеваются не полностью. Регрессия становится разрешением конфликтной ситуации. Регрессию в отдельных областях опыта, например в реализации и развитии побуждений, отличают от тотальной регрессии Я. Регрессия неспецифична для неврозов, но встречается также, и даже в более выраженной форме, при шизофрении. Именно в этом случае существование становится возможным только ценой регрессии.

При психотерапии тяжелых неврозов часто вначале не воздействуют на регрессию, а используют ее в терапевтических целях, представляя, что эта более ранняя стадия развития еще не преодолена и что это непреодоленное и неразрешенное будет переработано в психотерапевтическом переносе и устранено.

Задержки и регрессии играют большую роль в развитии детских неврозов. Диссонанс между духовными потребностями и соматической незрелостью — это частый повод для возникновения таких детских неврозов, как энурез и энкопрез, поскольку в процессе психического развития обучаемые функции органов (чистоплотность) остаются долго лабильными и подвержены нарушениям.

Как и регрессивные процессы, характер защиты могут иметь и *прогрессивные процессы*: акцентуированное ускорение роста служит тому, чтобы

скрыть неуверенность и слабость; подчеркнуто активным и доминирующим положением могут маскироваться собственная неполноценность или партнерские конфликты.

Условия психологического научения

В современных сообщениях о развитии неврозов большое внимание уделяется процессам научения, поскольку их значение в психоаналитическом учении о неврозах оценивается не полностью. В результате наблюдений за процессом научения обнаруживается, насколько этот процесс может играть роль в формировании неврозов. Как и человеческое поведение вообще является результатом научения, так и поведение больных неврозами является результатом неправильно заученных способов поведения. Наряду с классическим оперантное обусловливание участвует в симптомообразовании и течении невротических нарушений (например, страхов и навязчивостей). При этом следует опираться на общие закономерности оценки неврозов. Частности же раскрываются в описании специальных форм неврозов, особенно в главе о *поведенческой терапии.*

Значение подходов психологического научения, направленных на невротические нарушения (симптомы), заключается в том, что приобретенные знания в терапевтическом процессе меняются на противоположные.

Психодинамическое учение о неврозах и подходы психологического научения не противоречат друг другу, поскольку их различные положения не исключают одно другое, и терапевтически не поглощают друг друга. Изучение генеза неврозов и их лечения с разных позиций даже предпочтительно. Теперь при психодинамической терапии больше внимания уделяется поведению больного, а при поведенческой терапии — эмоциональным процессам; чисто же бихевиористический подход теперь дополняется *когнитивно-психологическим методом.*

Однако было бы ошибкой пытаться применить психоаналитическое учение к теории научения, так как определенные разделы глубинно-психологической теории (такие как психология побуждений и бессознательного) остаются вне поля зрения поведенческой терапии. Также было бы неправильно подчинить психоанализ поведенческой терапии. Скорее речь идет о двух самостоятельных терапевтических подходах (как это еще будет показано), выбор которых обогащает возможности терапии неврозов.

Другие условия возникновения неврозов

Стресс и разгрузка. Неврозы нехарактерны для таких угрожающих жизни ситуаций чрезмерного напряжения, какими являются катастрофы, военные действия, побеги, бедствия, земле-

трясения, поскольку неврозы развиваются медленно, вырастая из внутренних условий. «Внешние» перегрузки, в том числе в виде служебных проблем, хозяйственных забот, семейных неурядиц, не могут *стать причиной* неврозов. Все они могут иметь значение для возникновения неврозов лишь постольку, поскольку существующие душевные конфликты способствуют актуализации раннедетских конфликтных ситуаций. Это, например, такой случай, когда служебные неприятности оживляют имевшийся ранее в детстве конфликт отца с сыном или хозяйственные трудности оживляют с трудом подавленный партнерский конфликт. Чрезмерные нагрузки в подобных случаях становятся лишь разрешающим фактором нового обострения.

Если тщательно сопоставить отрезки времени и интенсивность внешних нагрузок, нередко можно обнаружить, что декомпенсация с развитием болезни наступает не во время действия стресса, а в последующем периоде относительной *разгрузки*. Такое явление встречается при многих соматических заболеваниях, но особенно характерно для неврозов. Разгрузка представляется барометром манифестации болезни (В. Шульте). Если длительный стресс внезапно обрывается (например, при окончании строительства собственного дома досрочно), человек становится «готовым», «конченым» в двусмысленном значении этих слов. Устранение целенаправленного напряжения может действовать патогенно, если напряжение и стресс служили защитой от невротического конфликта. Внешняя разгрузка провоцирует внутреннюю перегрузку.

Конституция (генетические факторы). Многое из того, что составляет эмоциональную и волевую структуру (темперамент) человека, определяется уже в первые недели и месяцы жизни, как показывают обстоятельные проспективные исследования (Томас и Чесс). Поэтому можно считать, что не все психические переживания и процессы возникают в период развития, но многие из них имеют врожденный характер. Отсюда следует: как родители ведут себя и какой стиль воспитания используют, зависит также от того, как ведет себя ребенок и как он воздействует на родителей.

Генетические факторы при неврозах имеют меньшее значение, чем при психозах. Результаты исследований развития близнецов показали, что конкордантные заболевания при неврозах у однояйцовых близнецов в 1,5–2 раза выше, чем у двуяйцовых. Даже в деталях конкордантность у однояйцовых близнецов выше, чем у двуяйцовых, — как в отношении признаков лично-

сти, так и в проявлениях неврозов (даже если близнецы растут отдельно). Это сходство больше всего отмечается при неврозе навязчивости, относительно меньше при конверсионных неврозах. К тому же при исследовании близнецов устанавливают значимость психореактивных условий возникновения (факторы среды) неврозов в раннем и часто в позднем детском возрасте, определяемых, кроме того, методом дискордантного анализа.

Согласно этому воззрению, происхождение неврозов объясняется не только генетически и не только психодинамически. Очевидно, что важную роль в определении вида невроза играет конституция, а время возникновения и степень тяжести неврозов зависят в основном от средовых факторов.

Органические мозговые факторы. Изменение готовности к реагированию может быть обусловлено органическим поражением мозга. Так, ранние мозговые повреждения способствуют возникновению неврозов. Ребенок с мозговым повреждением меньше, чем здоровый, защищен в борьбе с жизненными конфликтами. Легкие нарушения функций мозга могут быть причиной познавательных и нейропсихологических нарушений (частичные выпадения деятельности, сниженная активность). К тому же изменяется восприятие мира и в результате возникают затруднения в приспособлении и нарушения поведения (первичное невротизирование). Чаще это измененное восприятие мира приводит к неадекватной оценке окружающими поведения ребенка, к неправильным реакциям и ответным реакциям и, следовательно, к нарушениям отношений между ребенком и окружающими (вторичная невротизация).

Такая трактовка применима и к появляющимся позже мозговым повреждениям травматического, дистрофического или воспалительного характера, на основе которых возникает повышенная готовность к конфликтам, т. е. способность адекватно перерабатывать конфликты ограничивается.

Вследствие мозговых повреждений могут также появляться психопатологические синдромы, которые сходны с таковыми при неврозах (например, симптомы навязчивостей). Поэтому в каждом конкретном случае трудно бывает решить, идет ли речь об обусловленной органической болезнью навязчивости или о неврозе навязчивости; нередко в их генезе равное участие принимают органические мозговые и психодинамические элементы.

Сходные связи характерны и для таких моторных нарушений, как блефароспазм, писчая судорога и тортиколлис. И хромосомные аберрации, особенно в половых хромосомах, предрасполагают к личностным и поведенческим расстройствам.

Биохимическими и психофизиологическими исследованиями до сих пор не выявлено этиологически специфических сдвигов, способствующих развитию неврозов.

Социальные факторы. Противостояние индивидуума и общества и происходящие из этого конфликты служат основой для возникновения неврозов. Много обсуждаемое, но трудно объяснимое существенное возрастание невротических расстройств в последнее время связывают с изменениями условий жизни. При этом обращают внимание на то, что люди с высоким стандартом жизни более требовательны к своему благополучию и терапевтической помощи. Однако этих разъяснений недостаточно. В так называемом «обществе благоденствия» внешние условия существования облегчились, но с повышением жизненного уровня и свободы деятельности повышается и риск конфликтов.

Следует помнить, что в рабочем индустриальном обществе мобильная эмансипированная маленькая семья вряд ли будет связана с корригирующими и регулирующими их отношения родными и соседями. Родители предъявляют требования социализации к детям, которые чаще до 30 лет остаются в семье. Однако чрезмерные семейные и воспитательные меры здесь недостаточны. В результате происходит лишь задержка созревания, а возникающие в связи с этим проблемы опять-таки решают родители.

Однако было бы односторонним подчеркивать только социологический аспект, считать неврозы исключительно продуктом общественных отношений или измерять невротические процессы исключительно масштабом общепринятых понятий нормы. Неврозы нельзя интерпретировать как «социозы» и отвергать заложенные в индивидууме условия возникновения, т. е. конституциональное предрасположение, индивидуальную историю жизни и личностные конфликты. Многообразные способы возникновения неврозов нельзя сводить к односторонней формуле.

Более продуктивна попытка проследить отношения между социологическими факторами и определенными признаками неврозов. Так, симптоматика неврозов зависит от определенной формы жизни общества: Это подтверждено как транскультуральными исследованиями, так и сравнением разных периодов жизни одного общества. Конверсионные реакции с очень выразительным характером в Европе наблюдаются намного реже, чем еще несколько десятилетий назад, в то время как «тихие» невротические реакции, прежде всего органные неврозы, стали учащаться. В этом сдвиге предпочтительных невротических синдромов отражается изменение стиля времени, а именно формы выражения.

Если психоаналитическое учение уделило столько внимания сексуальной тематике, это надо оценивать сквозь условия викторианского общества конца прошлого века. Между тем сексуальность — не в последнюю очередь под влиянием того же психоанализа — получила иную оценку, так что круг проблем и в вопросах происхождения неврозов, и в психотерапии подвергается изменениям.

Заключение к вопросу возникновения неврозов. Возникновение неврозов — это комплексный процесс. Необходимо учитывать как психоаналитические условия, так и условия психологического научения, а наряду с ними генетические и органические мозговые факторы. Также необходимо помнить о различных

диспозиционных и перистатических факторах, чтобы не впасть в ошибку односторонности, которой определяются социогенные, ятрогенные, экклезиогенные и ноогенные неврозы.

О сочетании условий этого мультифакториального патогенеза, т. е. о взаимодействии и взаимопроникновении различных факторов, известно немного. Будет ли и когда человек невротиком, зависит, вероятно, в основном от психодинамических и средовых условий, особенно в период его детства. Органические мозговые факторы, как показано, могут повысить риск заболевания. Генетические факторы, которые при неврозах имеют относительно меньшее значение, чем при психозах, меньше влияют на развитие заболевания, а больше на *тип* патологии, или особенности *формы* невроза. Степень тяжести и течение невроза во многом зависят от условий, в которых он протекает.

Как же можно представить, исходя из нашего уровня знаний об этой патологии, манифестацию невротической симптоматики, развитие данного заболевания? Отдельные ступени патогенеза (согласно мнению С.О. Гоффмана) можно суммировать следующим образом: ранний конфликт развития, ошибки научения, более позднее оживление их в соответствующей жизненной ситуации, формирование компромисса путем защиты и манифестации симптомов, дальнейшее обусловливание, хронизация симптомов (модель реактуализации конфликтов развития).

Актуальную ситуацию можно рассмотреть в таком ракурсе: стрессы и другие ситуативные сдвиги как разрешающая ситуация; актуальный конфликт, страх и регрессия, способствующие разгрузке; оживление прежнего конфликта; усиление напряженности конфликта и страх, в том числе вследствие обусловливания; защитные меры, формирование компромисса, манифестация симптомов.

Такая патогенетическая модель годится для неврозов в целом, особенно для симптоматических неврозов. При неврозоподобных стрессовых реакциях и изменениях личности при экстремальных нагрузках акценты расставляются иначе: здесь большее значение имеют актуальная перегрузка при неврозах и особенности личности при ее патологии.

Иным представляется патогенез многих неврозов характера или расстройств личности, которые *непосредственно* возникают вследствие действия вредностей, имевшихся в раннем детстве (так называемые *ранние расстройства*): сохраняющаяся слабость Я, недостаточные возможности защиты, симптомообразование. Эта концепция так называемого структурного *расстройства Я*

применима и к тяжелым симптоматическим неврозам, и к пограничным расстройствам личности (модель сохраняющихся повреждений развития).

Диагноз и разграничение

Невроз оценивается по симптоматическим критериям *и по* генезу. Различают клинический (описательный) и динамический (генетический) диагноз. Оба диагноза, как и вообще в психиатрии, должны применяться совместно. По клиническим данным невроз определяется характерными симптомами, по генезу — лежащими в его основе условиями возникновения. Указаний на наличие конфликта недостаточно, потому что конфликты встречаются и при других психических заболеваниях и у здоровых. Изолированной констатации невротической природы болезни недостаточно, так как за ней может скрываться другое заболевание.

Диагноз должен быть сформулирован ясно, например «невроз страха при партнерском конфликте у сенситивной личности», или «психовегетативный синдром при многократном тяжелом конфликте у личности с астенической структурой», или «суицидальная попытка при кризисе самооценки у шизоидного человека».

Диагностические ошибки: совершенно неправильно только на основании отрицательных данных медицинского обследования оценивать психогенез излагаемых больным жалоб и диагностировать невроз. Часто встречается порочная тенденция привлекать минимальные данные технических исследований для объяснения жалоб больного, даже если невротический генез их установлен. Следует помнить, что, установив диагноз невроза (по названным диагностическим критериям), ни в коем случае нельзя исключать одновременное наличие органического заболевания: каждый невротик может болеть органическим заболеванием. С другой стороны, органически больной может реагировать на конфликты, в том числе вследствие присущего ему заболевания.

Разграничение. Нарушения развития и конфликты (как и защита от них) не исключены ни в чьей жизни. Они могут преодолеваться более или менее успешно. Между адекватной переработкой и ее невротическими способами нет четких границ. Способы переработки конфликтов плавно переходят друг в друга. Вследствие этого разграничение «невротического» и «здорового» вряд ли возможно. Не каждую конфликтную ситуацию, которая не разрешается тотчас и сопровождается в течение некоторого времени расстройствами настроения или вегетативными сдвигами, можно назвать неврозом. Чем чувствительнее

человек, тем сложнее у него переживания, которые еще не заслуживают определения как патологические. Пока не установлены описанные невротические процессы и симптомы, лучше говорить о кризисной ситуации.

Между неврозами и расстройствами личности также нет четких границ, поскольку расстройства личности (хотя бы отчасти) являются неврозами характера.

К разграничению с психозами: неврозы — это менее тяжело и менее закономерно протекающие психические расстройства без дезинтеграции Я и без тяжелых резидуальных состояний. В практической диагностике это разграничение в ряде случаев бывает трудным. Начинающийся шизофренический процесс может скрываться за невротическими симптомами. Только появление основных симптомов позволяет установить диагноз. Во всяком случае имеются пограничные случаи, называемые краевыми или пограничными психозами.

От органического психосиндрома и симптоматических психозов неврозы в принципе отличимы, даже если в отдельных случаях возникают дифференциально-диагностические трудности.

Течение

Неврозы — это хронические, но редко прогредиентные заболевания. К тому же они различны в течении. Это зависит не только от терапии, но и от различных факторов. «Чем одареннее и жизнерадостнее преморбидная личность, чем острее начало болезни и чем выраженнее эмоциональный радикал в картине болезни, тем благоприятнее клинический и личностный прогноз. При этом отдаленный прогноз лучше, чем кратковременный. Отчетливое улучшение или ухудшение отмечается не в любой срок, но, если вообще происходит, то через несколько лет от начала невротического заболевания» (К.Эрнст). При депрессивном неврозе прогноз благоприятнее, чем при органных неврозах, ипохондрических развитиях, тревожных неврозах и неврозах навязчивостей. Впрочем, к особенностям отдельных форм неврозов мы еще вернемся.

При невротических состояниях часто наблюдается *смена симптомов*, например переход от конверсионной реакции к невротической депрессии. Переходы невроза в психоз редки, в таких случаях следует считать, что был просмотрен псевдоневротический этап шизофренического процесса. Иногда в течении неврозов возникают психотические эпизоды, например преходящие витально-депрессивные состояния при тревожных неврозах. Они могут

приводить к ошибочным диагнозам, если при определении диагноза не руководствоваться длительным наблюдением. Переход от невроза к наркомании — редкое явление.

При неблагоприятном течении происходит «хронификация» невроза, что приводит к значительной резистентности к терапии. Многие из таких больных страдают одновременно соматическим заболеванием, что повышает общую *болезненность* при хронических неврозах, а тем самым и *летальность*, в основном вследствие суицидов.

Как возникновение, так и течение неврозов зависит от окружающей обстановки, которая может задержать или затруднить эффект лечебной переработки конфликта и тем самым затянуть его исход. С другой стороны, благоприятные изменения среды помогают преодолеть конфликт. В результате целенаправленного напряжения и удовлетворяющей деятельности, а также во время какой-либо угрозы или нужды неврозы ослабевают.

В среднем возрасте неврозы часто ослабляются. Больной смиряется со своими проблемами и со своими симптомами. С годами ему легче удается приспособиться и сохранять душевное равновесие, и поэтому обострения возникают реже. Приспособление может достигаться за счет *сужения* круга проблем. Тогда развивается заключительное *резидуальное* невротическое состояние при одновременном смягчении личностных расстройств. Наблюдение за больными в позднем возрасте подтверждает их хороший прогноз, хотя бы симптоматологический.

Лечение

Психотерапия. Неврозы лечатся в основном психотерапевтически. Основы лечения и важнейшие методы рассматриваются в соответствующих главах.

Больных неврозами лечат, как правило, амбулаторно. Показания к стационарной психотерапии: тяжелые тревожные состояния и синдромы навязчивостей, выраженные психосоматические расстройства (например, анорексия) и опасность суицида; далее необходимо применять одновременно несколько психотерапевтических методик, добиваясь ограничения стрессовых факторов у больного (и связанных с ним лиц) при наличии критической конфликтной ситуации. Стационарное лечение, которое назначается как исключение, должно проводиться кратковременно и в максимально приближенных к домашним условиях. Невротики и психосоматически больные не должны содержаться в больших отделениях со строгим режимом.

Показания. При неврозах применяют многочисленные и разнообразные психотерапевтические методы. Показания устанав-

ливают индивидуально, они должны быть ориентированы на основную цель лечения. Соответственно этой цели возможны такие варианты лечения:

- успокоить больного, облегчить его страдания, поддержать и стабилизировать его состояние. Этому способствуют в основном врачебная беседа, советы, проводимая активная и поддерживающая терапия на длительную перспективу и меры по снятию напряжения;
- изменять поведение, редуцировать симптомы, изменять к ним отношение, «переучивание». Кроме поведенческой терапии, здесь нужны обучающие мероприятия;
- рассудительный подход, разрешение конфликтов, переориентировка, переструктурирование, дозревание. Эти цели преследуют психодинамически ориентированные виды психотерапии, хотя они не в каждом случае эффективны. Нередко успех лечения ограничивается первой из названных целей. При этом обратное развитие невротических симптомов и стабилизация личности могут дать импульс к новым целям психотерапии.

Какой возможен исход, в каждом случае зависит от вида и тяжести нарушений, структуры личности и жизненных обстоятельств, лечения и мотивации больного, а со стороны психотерапевта — от его образования и опыта. Частности осваиваются в процессе дальнейшего образования. Лечение проводится часто путем групповой терапии, терапии парами и семейной терапии.

Реабилитация (социотерапия). При тяжелых неврозах могут понадобиться реабилитационные мероприятия, которые рассматриваются также с правовых позиций. Показания для этого — выраженная симптоматика, резистентность к терапии, длительность болезни, нарушения семейных и социальных отношений и значительное профессиональное снижение. В реабилитационной практике психотерапия и социотерапия идут рука об руку. Особое значение имеют поведенчески ориентированная трудовая терапия и ступенчатые попытки трудоустройства. Реже возникает необходимость помощи в обеспечении жильем (например, переходный дом).

При тяжелых и хронических неврозах не следует ставить слишком высокую цель. Не всегда достижимо профессиональное восстановление. Нередко требуется обеспечение пенсией (профессиональная или общая нетрудоспособность). Реабилитации помогают также Анонимная организация эмоциональной самопомощи или Организация анонимных невротиков (Берлин).

Результаты лечения. Ложным следует считать мнение о неэффективности или о невозможности оценить результаты психотерапии. Многочисленные научно обоснованные наблюдения, результаты которых обобщаются и тщательно анализируются, ука-

зывают на эффективность психотерапии при неврозах. После психотерапии улучшение отмечается на 80 % чаще, чем в контрольной группе (которой психотерапия также была показана и предлагалась, но не была проведена). Это относится как к психоаналитически ориентированной, так и к поведенческой терапии. Катамнезы свидетельствуют о сохранении положительных результатов на более длительный срок. Но и здесь результат лечения не должен оцениваться односторонне по клиническим или социальным параметрам, поскольку больной часто переживает психотерапию как реальную помощь в консолидации личности.

В детской и подростковой психиатрии успех лечения оценить труднее, поскольку у детей в процессе развития непросто отделить успех лечения от спонтанного течения и излечения. Однозначные катамнезы из детских психиатрических клиник и амбулаторий, в которых лечат большую часть неврозов, свидетельствуют, что около 2/3 родителей оценивают результаты проводившихся там лечебных мероприятий как лечение. Состояние долечившихся пациентов лучше по сравнению с лицами, прервавшими лечение.

Медикаментозная терапия. Даже если условия возникновения неврозов скорее заставляют думать о психотерапевтических мероприятиях и они прямо показаны, следует помнить и о возможностях соматотерапии, особенно психофармакотерапии. Все теоретические убеждения, что психореактивные нарушения не поддаются соматотерапии, опровергаются прагматическим образом мышления.

На практике невротическим больным прописывают психофармакологические средства охотно и часто, что объясняется массовым их производством и привычками врачей. Тем не менее следует задаться вопросом в плане разумного и целенаправленного лечения: при каких неврозах, на каких их стадиях какие психофармакологические средства показаны?

Психофармакологические средства чаще всего прописывают и их эффективность изучают при депрессивных неврозах, тревожных неврозах и фобиях, а также при неврозах навязчивостей и анорексии-булимии. Частности освещаются в соответствующих главах. Во всяком случае, психофармакологические препараты эффективны при аффективных нарушениях (в основном депрессивные состояния, а также страх); в то же время на другие невротические симптомы они влияют мало или совсем не влияют.

При лечении неврозов чистой фармакотерапии недостаточно, однако психофармакологические препараты улучшают эффект психотерапии. Особенно при депрессивном неврозе такая ком-

бинированная терапия по эффекту превышает чистую психотерапию.

Фармакотерапия при неврозах ограничена определенной стадией течения и ситуацией лечения. Так, при выраженном депрессивном неврозе, тревожном неврозе или неврозе навязчивости даже непродолжительная психофармакотерапия приносит облегчение и становится возможным применение психотерапии. В кризисной ситуации, возникающей в процессе психотерапии; если снова появляется обострение симптоматики (что встречается часто и не говорит против проведения психотерапии) и если тем самым затрудняется продолжение психотерапии, кратковременная медикаментозная терапия способствует выходу из кризиса. Но и здесь показания должны тщательно изучаться.

Не каждую просьбу пациента о медикаментозной помощи следует поддерживать. Но, с другой стороны, фармакотерапия может служить мостом, который облегчает и делает переносимыми возвращающиеся симптомы при рецидивах невроза и не создает дополнительного отягощения.

Наконец, фармакотерапия показана при хронических и резистентных к терапии неврозах, когда после безуспешной психотерапии сохраняется значительная тяжесть симптомов. В таких случаях полезна даже длительная фармакотерапия, которая должна сочетаться с поддерживающей и защищающей психотерапией.

При неврозах нет достаточного обоснования для фармакотерапии, но в то же время больной желает проводить медикаментозное лечение, он отклоняет психотерапию, считая ее слишком дорогим удовольствием. Эти заблуждения являются выражением сопротивления пациента или исходят из предубеждения врача. Нередко психотерапию не удается провести из-за внешних обстоятельств (например, нет достаточно опытного психотерапевта).

Поговорим о выборе психофармакологических средств. Сегодня больные неврозами меньше пользуются транквилизаторами и нейролептиками, а больше *антидепрессантами*, эффект которых скорее неспецифичен (см. выше). При длительном их применении следует обращать внимание на возможность побочных эффектов, а также на нарастание массы тела, влияние на сексуальные функции, не исключается и тератогенное влияние (одновременно необходима контрацепция).

Затрудняет ли фармакотерапия проведение психотерапевтического лечения? Легко можно представить, что медикаменты об-

легчают страдания больного и тем самым ослабляют заинтересованность в психотерапии, что эмоциональные колебания во время психотерапии будут уменьшаться, а это приведет к затруднению процессов перенесения и контрперенесения при аналитически ориентированной психотерапии. Однако подобное неблагоприятное взаимовлияние нельзя считать правилом. И в самой аналитически ориентированной психотерапии бывают различные взаимовлияния (имеется достаточное количество убедительных наблюдений такого рода).

Поведенческую, когнитивную, а также релаксационную терапию без всяких опасений можно комбинировать с фармакотерапией (когда в этом есть необходимость). Если фармакотерапия нужна, то ее должны предписывать те врачи, которые проводят психотерапию.

Эти ведущие правила медикаментозного дополнения терапии неврозов относятся в основном к *детям и подросткам*. При тяжелых неврозах страха и навязчивостей фармакологическое облегчение необходимо, как и при тяжелых депрессивных неврозах. Но в ряде случаев психофармакотерапия у детей и подростков может иметь и роковые последствия: ребенок не может найти реального разрешения конфликта со средой, а приучается бороться с неблагоприятной ситуацией с помощью успокаивающих средств (транквилизаторов). Таким путем ребенок лишь приучится подавлять негативное настроение и отрицательные эмоции, но это не позволит ему распознавать, оценивать и перерабатывать собственные побуждения.

То же самое относится и к действиям воспитателей и родителей, которые считают возможным устранить неблагоприятную ситуацию с помощью психофармакологических средств, забывая о необходимости собственных усилий. Поэтому психофармакологические средства противопоказаны при расстройствах поведения любого рода. И напротив, тяжелые неврозы у детей и подростков оправдывают применение медикаментозной защиты, сила и длительность которой требуют постоянного контроля.

Нозология и классификация

Среди различных попыток *систематизации неврозов* ни одна не является общепризнанной. Разные школы создают пугающее множество определений их форм. Более старые версии с трудом преодолеваются. До сих пор нет единства в названиях и классификации.

По *симптоматике* различаются психоневрозы и органные неврозы (объединяемые как симптоматические неврозы), а также неврозы характера. Часть *психических симптомов* неврозов неспецифична, так как они встречаются при большинстве типов неврозов, например неуверенность в себе, заторможенность, затруд-

нения контактов, расстройства настроения, а также вегетативные симптомы. Частично речь идет об относительно специфичных симптомах, которые определяют отдельные формы неврозов, например фобии, навязчивости, отчуждение. Но они редко встречаются изолированно и могут возникать в такой же форме при других психических заболеваниях.

Соматические симптомы встречаются при многих неврозах в различных формах. Так называемые *органные неврозы* (многозначное понятие) трудно отграничить от психосоматических нарушений и терминологически, и клинически.

Неврозы характера, которые проявляются определенными личностными признаками, клинически однозначны с расстройствами личности (хотя их теоретические концепции различны).

Психодинамически оценивая симптоматические неврозы и особенно психоневрозы, их определяют как неврозы перенесения и противопоставляют неврозам характера, которые обусловлены *ранними детскими нарушениями* или *структурными расстройствами Я*; во всяком случае эта концепция приложима также к тяжелым симптоматическим неврозам, пограничным синдромам, наркоманиям и сексуальным девиациям. Мы не разделяем резко неврозы и так называемые ранние нарушения, потому что здесь речь больше идет о различиях в степени выраженности.

Если исходить из патогенетических факторов, особенно из отношений между личностными особенностями и средовыми стрессовыми факторами, то целесообразно отличать неврозы от тех заболеваний, которые возникают под действием тяжелых стрессов, но без предшествующего невротического развития личности.

Ни один принцип классификации не может удовлетворить полностью. Как и многие авторы, мы различаем конфликтные реакции и неврозы не по принципам систематики, а по преимущественным клиническим картинам, которые в определенной степени соответствуют типичным условиям возникновения. Такие подходы имеют преимущество в том, что они сходны по общепринятым описаниям, и исходят из того, *что* именно заставляет больного прибегать к врачебной помощи и *что* врач устанавливает впервые в его симптоматике. При этом проводится деление и по возрастным группам.

Классификация. Тогда как DSM (Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям) в версиях III и III-R, исходя из своих теоретических и методических принци-

пов, не содержит раздела неврозов и почти опускает само понятие неврозов, МКБ 10 (Международная классификация болезней) в разделе F4 указывает на «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» при постоянном подчеркивании значения и частоты этих расстройств, но с оговоркой, что концепция неврозов не сохраняется как организационный принцип.

Неврозы у детей

Неврозы, типичные для детского возраста

Ночной и дневной энурез. О ночном и дневном энурезе говорят только в возрасте ребенка свыше 4 лет. Около 10 % детей к этому склонны, но энурез редко сохраняется до возраста зрелости, чаще он спонтанно прекращается. Первичный энурез возникает изначально, а вторичный — это новое его появление после светлого промежутка.

Не каждый случай энуреза означает детский невроз в смысле психореактивного расстройства поведения. Поскольку развитие навыков опрятности — это процесс научения, то он может нарушаться органическими причинами (аномалии мочевых путей) или расстройствами обучаемости (например, слабоумием).

Симптоматика. При ночном энурезе дети мочатся во сне один или несколько раз за ночь не просыпаясь. Некоторые дети просыпаются в процессе энуреза или сразу после него. При дневном энурезе упускание мочи происходит часто во время игровых занятий или в связи с аффективным возбуждением.

Условия возникновения. Легко или трудно приучается ребенок регулировать дневное или ночное мочеиспускание, зависит от разных факторов. Существует наследственная слабость (семьи энуретиков). Может иметь значение и характер приучения к чистоте. Слишком раннее требование к чистоте излишне добросовестной матери или нерегулярный режим дня могут затруднить управление функцией мочевого пузыря. Психические отягощающие факторы, такие как зависть к младшему ребенку в семье или другие позитивные или негативные стрессовые факторы, могут вызывать рецидив энуреза.

Терапия. Существенным терапевтическим фактором является хладнокровие родителей. Часто бывает полезно вечером проявить побольше заботы о ребенке. Поведенческая терапия с

программой награды и с ведением календаря, в трудных случаях — программа пробуждения с помощью звонка на трусиках или звонящего матраца часто дают результат. В школьном возрасте можно принимать по вечерам имипрамин (тофранил) до 50 мг. Следует помнить о возможном отравлении при неконтролируемом его приеме.

Очень серьезным последствием сохраняющегося энуреза являются смущение ребенка при общении с друзьями, которым он не может признаться в своем недуге, и те трудности, с которыми он сталкивается при необходимости многодневного пребывания в детском коллективе, например в детском лагере. Поэтому вторично могут возникать значительные воспитательные трудности.

Классификация по МКБ 10: F98.0.

Энкопрез. Как правило, возникает вторично (т. е. после определенного периода чистоплотности), вызывается обычно тяжелым конфликтом между ребенком и родителями, в основном с матерью, который часто почти осознается. У ребенка наблюдаются неудовлетворенная потребность и выраженная агрессивность. Психотерапевтическое лечение ребенка при участии родителей в большинстве случаев оказывается единственным эффективным средством. Дальнейшие детали по этому и другим видам расстройств поведения у детей описываются в книгах по детской и подростковой психиатрии. — МКБ 10: F98.1.

Речевые расстройства в детском возрасте, вопреки прежним воззрениям, как правило, первично не невротические, а обусловлены органическими факторами расстройств функций, особенно моторные нарушения речи (частичные нарушения речевых способностей). Это относится не только к *дислалии и речи взахлеб*, но и к наследственно обусловленному *заиканию*. Из-за выразительности симптомов и вызываемых ими нарушений контактов обычно развивается ***вторичная невротизация***, которая поддерживает или фиксирует заикание или даже усиливает его. Заикание у взрослых настолько часто реактивно обусловлено, что его по праву можно относить к неврозам.

В возрасте 3—5 лет часто, особенно у одаренных детей, возникает преходящее заикание с благоприятным прогнозом, которое не нуждается в лечении, но при неоправданном внимании и неудачных воспитательных мероприятиях тоже может фиксироваться.

Терапия. Вначале проводится упражнение моторных навыков методом лечебной гимнастики, целенаправленной логопедии, но не ранее 5-летнего возраста. При вторичной невротизации применяется соответствующее возрасту психотерапевтическое лечение. — МКБ 10: F80.

Мутизм — это отказ от речевого контакта при сохранной способности к речи. Тотальный мутизм с отказом от разговора со всеми людьми встречается редко и обычно указывает на начинающийся психоз. Чаще встречается селективный мутизм, при котором ребенок совершенно свободно говорит с хорошо знакомыми ему людьми, но проявляет негативизм по отношению к малознакомым или незнакомым лицам. В основе этого расстройства чаще всего лежит повышенная боязливость. Иногда этот феномен трактуется тенденциозно: ребенок своим поведением старается привлечь к себе внимание и требует дружеского участия. В любом случае нужна длительная психотерапия. — МКБ 10: F94.0.

Затруднения воспитания и расстройства поведения часто причисляются к детским неврозам: в основе их лежат нарушения воспитания. Нарушения поведения означают не что иное, как непонимание между воспитателями и ребенком и его способностью или готовностью к приспособлению. Поэтому особенности поведения ребенка следует вначале расценивать как нормально-психологическую реакцию на требования среды и как результат усилий родителей по его воспитанию. О детских неврозах следует говорить тогда, когда конфликт для самого ребенка и его окружения остается во многом неосознанным, и у ребенка возникает явное чувство страдания. Поэтому, как правило, возникает настоятельная необходимость в психотерапии ребенка, обычно с привлечением родителей или даже всей семьи.

Классификация по МКБ 10: под F9.

Часто диагностируемым расстройством поведения является *гиперкинетический синдром* (синдром Цаппельфилиппа). Его проявления состоят в постоянном двигательном беспокойстве, нарушении внимания, недостаточном контроле над побуждениями и низкой фрустрационной толерантности. Встречается чаще у мальчиков, общее их число колеблется в пределах 0,1–15 %. Во всяком случае, диагноз этот ставится излишне часто. Двигательное беспокойство часто исчезает, когда ребенок чем-то заинтересован (например телевизионной программой). *Возникновение* этого синдрома следует оценивать многопланово: после легкой

раннедетской травмы синдром встречается чаще. Средовые факторы (гиперстимуляция, постоянно напряженная семейная ситуация) также ему способствуют. Не ясно, влияют ли на него пищевые факторы — яды (фосфаты) или аллергия, но в ряде случаев их трудно исключить.

Терапевтически на первом плане должны стоять и могут быть достаточными педагогические воздействия на ребенка и соответствующие рекомендации родителям или даже проведение с ними психотерапии. К этому можно добавить амфетамин (риталин) по 10 мг 1–2 раза в день, не позже 16 часов. Этот препарат относится к наркотическим средствам и выписывается на специальном бланке, однако при таких малых дозах зависимость к нему не развивается. .Риталин применяется только в тяжелых случаях, кратковременно и всегда в сочетании с психотерапией. Без лечения и при неправильной корректировке поведения, при неудовлетворительном школьном воздействии гиперкинетический синдром может приводить к нарушениям взаимоотношений и социальной дезадаптации.

Классификация по МКБ 10: F90.0 или 1.

После обсуждения нарушений поведения и неврозов раннего детского возраста следует рассмотреть психореактивные патологические развития, хотя они, строго говоря, к неврозам не относятся. Речь идет, как уже сказано, об изменениях личности и задержках в социальном приспособлении, которые происходят вследствие действия тяжелого и стойкого эмоционального дефицита в первые годы жизни. Это, так сказать, «реактивно возникающие нарушения личности». То же можно сказать и об изменениях личности вследствие чрезвычайных стрессовых ситуаций у взрослых.

Ранние детские психореактивные патологические развития (психический госпитализм)

Под госпитализмом понимают психические последствия внезапной потери в раннем детстве основных воспитателей (смерть матери, ее уход или длительное пребывание ребенка в больнице), сюда же присоединяются психические последствия недостаточного эмоционального контакта и заботы на первом году жизни.

Синонимы: основное расстройство, базовое нарушение, депривационный синдром, синдром сепарации, эмоциональный фру-

страционный синдром, ранняя запущенность, синдром покинутого.

Возникновение. Уменьшение и изолированность семьи, ее ограничение двумя поколениями приводят в последние десятилетия к более тесной связи ребенка с матерью, как с единственным воспитателем в грудном возрасте и на первых годах жизни. Потеря этого единственного лица вызывает, как указывают Шпитц и Боулби, характерные формы реакций и последствия, которые наблюдаются в плохо опекаемых домах ребенка и в детских приютах.

Все дети плохо реагируют на раннюю депривацию и потерю взаимоотношений, однако здесь играют роль и другие факторы. Например, дети с легким органическим повреждением мозга особенно чувствительны к прерыванию взаимоотношений в раннем возрасте, что приводит к возрастанию риска нарушения социализации.

Симптоматика. В зависимости от длительности переживаний, потери связей и степени их тяжести различают четыре группы симптомов, которые частично перекрывают друг друга.

1. *Сепарационный шок*, который возникает у грудных и маленьких детей при каждой внезапной и достаточно длительной разлуке с матерью. У ребенка последовательно проявляются фазы протеста, отчаяния и наконец отказа (Боулби).

2. *Анаклитическая депрессия* (Шпитц) с симптомами апатии, ухода в себя и наконец задержки как в психическом, так и в соматическом развитии.

3. *Ментальное истощение* (Трамер) с психосоматическими нарушениями и конечными необратимыми психическими расстройствами.

4. *Госпитализм* (Пфаундлер) с тяжелыми психическими и физическими нарушениями и витальной угрозой.

После фрустрирующего времени отрыва, которое также зависит от возраста ребенка и составляет в среднем 3–5 месяцев, возможна полная или частичная редукция симптомов. При сохранении фрустрирующей ситуации возможна фиксация отклоняющегося поведения. Ребенок вступает в кажущийся контакт, но остается внутренне замкнутым и эгоцентричным, часто его поведение сходно с таковым при раннем детском аутизме.

Поздние последствия раннедетской фрустрации могут предъявляться поразному. Это глубинные нарушения контакта. Дети и подростки приучаются приспосабливаться к новой ситуации быстро, но поверхностно. Их способности устанавливать связи настолько нарушены, что в сложной ситуации они становятся чрезмерно требовательными к партнерам, стремятся добиться соблюдения только своих интересов, и хотя они в группе создают видимость приспособления, но на самом деле едва ли способны к контактам.

Они остаются замкнутыми, мало проявляют способности любить, а чаще склонны к диссоциативному поведению. Их эмоциональное состояние депрессивное, безрадостное и отчужденное (тип одинокого волка), что внешне может прикрываться видимостью душевного равновесия. Часто только проективные тесты могут выявить запрятанные в глубине души тяжелые депрессивные переживания.

Терапия. Лечение вряд ли возможно. Часто только отдельным лицам (доверительное лицо, друг или подруга), несмотря на многочисленные рецидивы или провокации, постепенно удается установить стабильные связи и сделать возможной полноценную социальную интеграцию. Эффективной была бы профилактика в виде длительной и стабильной заботы о ребенке.

Классификация по МКБ 10: F62.0 или F91–93.

Поздние психические последствия жестокого обращения и сексуального насилия над детьми

Физическое и особенно сексуальное насилие над детьми встречаются чаще, чем это представляется, и может стать причиной многих психических реакций, расстройств и патологических развитий. Частота сексуального насилия, которое происходит преимущественно в семье и не зависит от социального ее уровня, встречается у 6–25 % всех детей, но только 1 случай из 100 становится известным.

Жестокость и сексуальные насилия наряду с физическими повреждениями могут проявляться разными психическими симптомами, такими как нарушения сна, энурез, снижение школьной успеваемости, неявные депрессивные нарушения, суициды и побеги.

Факторы, способствующие длительности нарушений при сексуальном насилии: раннее начало и их стойкость, большая разница в возрасте между насильником и жертвой, применение силы и угроз, а также наличие у многих девочек натянутых отношений с матерями.

Жестокое обращение с детьми и сексуальное насилие в семье часто являются показателем грубо нарушенных взаимоотношений между членами семьи, которые нуждаются в длительном, постоянном лечении, контроле врачей и совместных действиях различных лечебных учреждений. Изъятие ребенка из семьи часто нерезультативно, оно действует на ребенка как дополнитель-

ное отягощение и не достигает терапевтического успеха, равно как и извещение полиции. В наше время сексуальные злоупотребления инструментализируются, например в семейно-правовых процессах («злоупотребление злоупотреблением»).

Неврозы у взрослых

Психовегетативный синдром / Функциональные жалобы

На длительное психофизическое напряжение и чрезмерные требования, особенно связанные с конфликтами, человек часто реагирует психическими и вегетативными нарушениями, снижением активности и расстройствами настроения.

Синонимы: психастенический упадок, неврастенический синдром, вегетативная дистония, нейроциркуляторная дистония, невропатия, вегетативный невроз, общий психосоматический синдром, а также сходное с ними соматизированное расстройство, в том числе соматоформное (среди прочих промежуточные формы: конверсионный синдром и ипохондрическое расстройство).

Симптоматика. Тогда как здоровый человек воспринимает натуральную усталость естественно, истощенный человек чувствует себя в напряжении и как чахоточный. Сюда добавляются слабость концентрации внимания, снижение трудоспособности, боязливость, возбудимость (раздражительная слабость), колебания настроения, дурное расположение духа, безрадостность и подавленность. Кроме того, отмечаются давление в голове, «несвободная» оглушенная голова: пульсирующие головные боли, периодические головокружения, мушки перед глазами; расстройства сна, прежде всего затруднения засыпания и беспокойный сон; мелкое дрожание пальцев; оживление рефлексов; учащение пульса, иногда с экстрасистолами, воспринимаемыми с неприятным чувством; другие ощущения в области сердца без органических нарушений; отсутствие аппетита, желудочные жалобы, запоры или преходящие поносы, нарушение потенции и т. д.

Условия возникновения. Психические или/и физические перегрузки, не соответствующие психофизической конституции больного, приводят к психовегетативным синдромам. Нагрузки

ведут к перенапряжению тем скорее, чем меньше они имеют смысла. Особенно это касается конфликтно переживаемых претензий. При этом в трудные времена (войны, беженцы и т. п.) и в соответствующих им ситуациях самые тяжелые психические и соматические нагрузки переносятся сравнительно легко, без развития реакции истощения. Целенаправленные усилия сдерживают психовегетативные синдромы истощения. Состояния упадка и истощения возникают преимущественно у астенических людей.

Рабочая перегрузка может сопровождаться неосознанной, порождающей конфликт мотивацией. Кто думает, что он полностью перегружен работой и должен избегать чрезмерного переутомления, на самом деле имеет неосознанное желание устранить упущения или неполноценность в других областях жизни или защититься и вытеснить постоянное напряжение конфликтной жизни. Так называемое бегство в работу или работоголизм приводит к истощению тем скорее, чем менее осознанно переживается заинтересованность в этой работе. Источником конфликта может стать двойная или тройная перегрузка. Если женщина работает на производстве, дома и еще занимается собственным хозяйством, то ее постоянная перегрузка и недостаток сна приводят к синдрому истощения.

Патогенетически следует обратить внимание на *«органную неполноценность»* (Адлер); общим здесь является особая предрасположенность органов или систем к функциональным расстройствам, например желудочно-кишечного тракта, урогенитальной или сердечно-сосудистой системы. Такую органную предрасположенность можно видеть в наследственных факторах, которые способствуют раннему соматическому заболеванию, повышенной ранимости и сходным расстройствам у родственников (тенденция идентификации).

Разграничение и дифференциальный диагноз. Уже из перечисленных синонимов можно видеть, насколько диагноз понятийно размыт и осложнен ложными толкованиями. Если жалобы касаются в основном определенного органа или системы, говорят об *органном неврозе*. Речь идет о функциональных симптомах, отражающих деятельность автономно иннервируемого органа.

Отдельные функциональные расстройства, в том числе явной выраженности и длительности, встречаются у многих здоровых людей (по подсчетам – около 50 %). Однако здоровье выражается не только абсолютно хорошим самочувствием. Об этом нужно помнить при оценке жалоб.

Как органные определяются и детские неврозы, поскольку они обычно начинаются с нарушения функции одного органа, как, например, при энурезе. При этом нарушения развития и затруднения в учебе переплетаются. Обращает на себя внимание и тот факт, что детские неврозы, не считая эмоциональных реакций, проявляются в основном в органных манифестациях, а психоневрозы (тревожные неврозы и неврозы навязчивостей) предполагают соответственное прогрессирующее развитие симптомов.

Психовегетативные синдромы истощения встречаются также после травм мозга и после инфекционных заболеваний, прежде всего там, где затрагивается центральная нервная система; легкие параинфекционный и постинфекционный энцефалиты проявляются часто только преходящим психовегета-

тивным синдромом (так называемая псевдоневрастения), что легко приводит к ошибкам в диагностике.

Классификация. В МКБ 10 эти расстройства включены в разделы F45.0 и 1 или в F48.0.

Терапия. Перегрузки должны по возможности устраняться. Корригируется образ жизни: регулярная еда без спешки, расслабление и полноценный сон обычной длительности. Занятия спортом и иная физическая деятельность являются важнейшими условиями улучшения. При этом аутогенная тренировка у таких больных может помочь достичь психофизического расслабления. Тяжелые вегетативные синдромы требуют щадящего режима, отдыха или лечения.

Психотерапевтически прежде всего надо рассмотреть патогенный конфликт. Часто бывает достаточно нескольких бесед, чтобы объяснить больному связи в его переживаниях и облегчить ему принятие соответствующего решения. В тяжелых случаях нужна длительная психотерапия.

Физиотерапия (например, гимнастика, гидротерапия) при психовегетативных синдромах показана постоянно и действует эффективнее, чем медикаменты. *Психофармакологические* средства в подобных случаях назначают часто, они имеют большое значение, хотя стоят в ряду лечебных мероприятий на последнем месте. Транквилизаторы или седативные нейролептики в малых дозах дают недолго, например при стойких расстройствах сна. При этом назначенный медикамент должен входить в общий план лечения. При даче бензодиазепинов надо помнить о возможности привыкания.

Течение зависит от структуры личности, жизненных обстоятельств (возможности коррекции) и адекватного лечения. Прогноз состояний истощения в большинстве случаев благоприятный, хотя нередки рецидивы. Чем сильнее невротический радикал, тем больше опасность хронического течения, если не проводится соответствующая психотерапия и если в состояниях перегрузок не наступает пауз.

Конверсионные реакции

Конверсия — это превращение вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику. Конверсионные симптомы, отражая конфликт символически, нацелены на выгоду от болезни.

К терминологии. Понятия «конверсионные реакции», «конверсионный синдром», «конверсионные неврозы», «конверсионная истерия» и «истерические реакции» во многом идентичны. При этом истерическая реакция обозначает не только соматические нарушения. «Истерическое» служит определением конкретных психических нарушений. Истерические реакции встречаются преимущественно у истерических личностей, но они не связаны жестко с какой-либо одной психической структурой. Из-за уничижительной оценки, с которой употребляется термин «истерический» в быту, это понятие в психиатрии обычно не применяют.

Симптоматика. Конверсионные реакции проявляются двигательными, чувствительными и сенсорными симптомами, а также припадочными состояниями, например параличами одной или нескольких конечностей, часто обеих ног с невозможностью стоять и ходить (астазия-абазия), или полной обездвиженностью, которая соответствует встречающемуся у некоторых животных рефлексу мнимой смерти и производит впечатление отсутствия сознания. Но уже по тому, как больной активно отворачивается, это состояние легко отличить от комы или кататонического ступора. Противоположными являются психомоторные состояния возбуждения (например, тюремные реакции) — резкое двигательное возбуждение с бушеванием и криками. Своим явно демонстративным содержанием и выразительностью они отличаются от психотических состояний возбуждения.

Функциональные *припадки* протекают хотя и драматично, но без потери сознания и без резких падений и повреждений. Эти припадки продолжаются дольше, чем эпилептические, и на таких больных можно воздействовать внушением или энергичным окриком. Они характеризуются яркой выразительностью и отличаются от эпилептических припадков еще и сохранностью реакций зрачков и рефлексов.

Функциональный *тремор* в большинстве случаев бывает крупноразмашистым, синхронным среди вовлеченных групп мышц, касается обычно верхних конечностей. Дистальные части туловища, руки и ноги вовлекаются в движение вторично (сотрясательный тремор); при обращении внимания на больного тремор усиливается; отвлечение же внимания приводит к его ослаблению или даже приостановке. Впрочем, следует помнить, что и асинхронный органический тремор может зависеть от эмоционального влияния.

При функциональных *расстройствах чувствительности* больной предъявляет жалобы на потерю чувствительности на отдельных участках кожи тела (анестезия). Очертания этих участков не соответствуют зонам иннервации, что характерно для органиче-

ских центральных и периферических расстройств, а отражают телесные представления дилетантов. Так, становится нечувствительной верхняя половина тела, исключая руки и не сохраняя ограничения строго по средней линии, или формируется похожая на носки область на ногах или как бы перчатки на руках.

К конверсионным расстройствам также относятся расстройства функций органов чувств. К ним принадлежит *функциональная слепота*, характерное трубкообразное сужение поля зрения, в котором размер предмета не соответствует его удаленности, а также *функциональная глухота*. Эти симптомы встречаются относительно редко и распознаются по неадекватному поведению больных.

Частыми симптомами конверсии являются *болевые состояния* в самых разных частях тела, но особенно головные боли и боли в животе. Само собой разумеется, что какое-либо органическое заболевание при них исключается. *Рвоты* также могут быть проявлением конверсионной реакции.

Невозможно обрисовать все *многообразие* конверсионных синдромов. Почти любую картину болезни можно имитировать в форме конверсионной реакции. Однако и действительно имеющееся соматическое расстройство и функциональная недостаточность могут расцвечиваться и поддерживаться подобными истерическими механизмами.

Возникновение. Конверсионные реакции были первой моделью, на которой Фрейд основал возникновение неврозов. Если неосуществленные желания и непреодоленные конфликты вытесняются в бессознательное, их энергия сохраняется. Позже она проявляется в самых разных формах, при конверсионных реакциях в виде признаков соматических расстройств.

Выразительный и символический характер конверсионных реакций лежит на поверхности: паралич ноги указывает на то, что человек не может больше ходить; расстройства зрения свидетельствуют о том, что пациент ничего не хочет знать о том, что происходит перед его глазами; при нарушении глотания — он не в состоянии «проглотить неприятности»; при наличии рвоты — пациенту «все противно». «Разговор тела» здесь очень ясен и драматичен. «Тело становится мячом для игры» (Бланкенбург). Конверсионные реакции представляют собой неудовлетворенные фантазии и притязания. При этом не надо забывать о сексуальном их содержании, как это наблюдается при истерической дуге (сейчас редко встречающейся) — функциональном припадке с гиперлордозом и приподнятием таза у женщин.

Многие конверсионные синдромы надо понимать, как апелляцию. Они символически выражают определенные тенденции — это как бы упрек: да, я парализован, от меня ничего больше нельзя требовать; так уж со мной случилось; теперь наконец вы будете обо мне заботиться. Конверсионные синдромы направлены на освобождение от внешних и внутренних обязанностей, это призыв к окружающему миру, чтобы обратить на себя внимание. Они служат цели *получить пользу от болезни* в двух планах: путем образования истерического симптома достигается определенное удовлетворение от вытесненных побуждений (первичная польза от болезни), а кроме того, благодаря большему вниманию, признанию и оценке достигается нарцистическое удовлетворение (вторичная польза от болезни).

С биологических позиций конверсионные реакции используют инстинктивные и рефлекторные механизмы (Кречмер). Так, двигательные конверсионные симптомы можно интерпретировать, как ранние и примитивные двигательные реакции, которые актуализируются и восстанавливаются в состоянии регрессии. Даже если они вначале проявляются более или менее произвольно, то со временем приобретают характер привыкания (обусловливание), так что в конфликтных ситуациях они воспроизводятся непроизвольно.

Конверсионные реакции более характерны для женщин, чем для мужчин. Они чаще проявляются у истерических, а также у астенических, нарцистических личностей и у других, имеющих задержку личностного развития. Конверсионные реакции по интенсивности и форме зависят от социальных условий, окружающего мира, вызывающего тревогу, от оценки, которую они получают от окружающих. Существенную роль играют «заразительность» и склонность к идентификации и подражанию. В последние десятилетия произошло изменение их форм — от внешних жестов к психофизическим, более глубоким расстройствам функций; «истерические формы представлений» смягчились в сторону так называемых психосоматических «интимных форм».

Диагноз. Решающим для диагноза являются демонстративное поведение, выразительность содержания переживаний и целенаправленность симптоматики. Благодаря этому конверсионные симптомы отличаются от органически обусловленных нарушений тех же функций. Дальнейшие наблюдения за пациентами обнаруживают факты лежащего в их основе конфликта.

Было бы ошибкой устанавливать диагноз функционального нарушения, исключив органическую природу болезни. Даже если обнаруживаются органические данные, это не свидетельствует непременно против конфликтной реакции. Соматически обусловленные жалобы могут аггравировать по типу конверсионной реакции. Некоторые больные таким путем добиваются более серьезной оценки тех симптомов, на которые окружающие, в том числе и врач, до сих пор мало обращали внимания.

Конверсию необходимо отличать от *симуляции*. Конверсионные симптомы не так легко воспроизвести произвольно, даже если они протекают не

совсем осознанно (см. выше). Симуляция тем не менее очень редка: вместо того чтобы вскрывать обман, врач должен исследовать причины такого поведения.

Если конверсионные симптомы особенно «грубы» и наглядны, следует думать о психоорганических нарушениях, на основе которых способность к преодолению болезни у больного снижается так, что становится невозможной дифференцированная реакция на трудности и конфликты.

Классификация по МКБ 10: F44, где симптоматика указывается в 4-й позиции.

Разграничение. От конверсионных синдромов следует отличать двигательные нарушения, которые выглядят подобно им, но имеют более сложную обусловленность. *Тортиколлис* (кривошея), *тики*, *графоспазм* (писчая судорога) и сходные с ними симптомы могут возникать при психореактивном соучастии; однако обычно при тщательном изучении устанавливают наличие органических мозговых (экстрапирамидных) факторов. Таким образом, речь идет о соматопсихических расстройствах.

Течение. Симптомообразование при конверсионных реакциях большей частью многообразно. Течение этих реакций показывает, что они могут меняться и спонтанно, и вследствие изменения жизненных условий. Реже конверсионные симптомы сохраняются длительно; если речь идет о двигательных симптомах, то они опасны возможной стойкостью или развитием контрактур. Чаще при конверсионных реакциях наблюдается склонность к рецидивам идентичного или сходного вида. С возрастом симптомы изменяются в сторону психоневротических или психосоматических синдромов.

В то время как прогноз симптомов относительно благоприятный, лежащее в основе болезни патологическое состояние личности долгое время остается стабильным и плохо поддается терапии.

Лечение. До начала лечения надо решить, будет ли оно направлено вначале на устранение симптомов или на разрешение конфликта. Остро возникающие конверсионные симптомы необходимо лечить и снимать как можно быстрее, прежде чем они закрепятся вследствие обусловливания (например, социальное подкрепление), когда появятся вторичные органические нарушения, например двигательные расстройства. Этому служат суггестивные воздействия и поведенческие терапевтические методы; в отдельных случаях показан гипноз.

Терапевт должен объективно и доброжелательно предусмотреть, чтобы его эмоции не были направлены против пациента и его выразительного поведения, и должен постараться разъяснить пациенту причину его страдания. Сказать — «это только психическое» столь же нелепо, как сказать: «у Вас ничего нет».

Лечение физическими упражнениями должно действовать на больного так, как при терапии органических нарушений, должно строить мост для устранения симптомов и избавления больного от стыда, который он испытывал при попытке их сохранения. Этому служат, например, лечебная гимнастика и гидротерапия и отчасти медикаментозная терапия (в остальных случаях психофармакотерапия не применяется).

При таких драматических конверсионных реакциях, как припадки и состояния возбуждения, внимание (как самого пациента, так и психотерапевта) должно по возможности отвлекаться от симптомов, чтобы избежать социального подкрепления и поисков выгоды от болезни. В таком случае важнее обратиться к личностной ситуации, особенно в процессе врачебной беседы.

В других случаях лечение следует начинать с *конфликтцентрированной терапии*, чтобы устранить динамические основы симптомов.

Ставить ли акцент на терапию, нацеленную на симптомы, или на конфликтцентрированную терапию — это зависит от индивидуальных особенностей состояния больного, вида и длительности симптомов, структуры личности и проводившихся ранее лечебных мероприятий. Твердых правил здесь нет: план лечения надо определять в каждом конкретном случае.

Для переработки актуального конфликта и социотерапевтической помощи *аналитическая терапия* показана редко. Даже если начальный успех лечения кажется впечатляющим (так называемое «выздоровление от перенесения») и если методы лечения устраняют «игровое» поведение больного, многое зависит от эмоционального единения врача и больного.

Самая большая проблема в лечении конверсионных синдромов лежит в пользе от болезни: если больной поглощен своими проявлениями болезни, если он воспринимает ослабление ее проявлений, как свою неудачу, то у него не будет стремления к выздоровлению. Предсказать успех терапии можно лишь тогда, когда у больного польза от болезни заменяется новой целью, для достижения которой улучшение здоровья или психосоциальных условий представляется достойным прилагаемых усилий.

Экскурс: искусственно вызванные расстройства проявляются в форме наносимых самому себе повреждений (кожным покровам; внутренним органам, например с помощью приема медикаментов). С одной стороны, речь идет о том, чтобы исключить симуляцию (так называемый *синдром Мюнхаузена*) с намерением лечиться (в том числе оперативно), а с другой стороны, речь может идти о серьезных аутоагрессивных действиях при тяжелых нарушениях невротического характера, например расстройствах личности (депрессивного или пограничного характера). Источник их возникновения можно предполагать в возвращении детской травматизации с последствиями в виде Я-структурных расстройств и хрупкой психической защиты. Способ отношений врача с этими пациентами балансирует между преувеличенно большой готовностью к лечению (при тенденциях отречения и идентификации) и решительным отказом проводить какое бы то ни было лечение. Терапия чрезвычайно трудна, рекомендуется преимущественно психодинамическая терапия, однако приемлема и поведенческая терапия для коррекции обусловленности самоповреждающих действий; следует добавлять релаксационную психотерапию, в критических ситуациях оправдано применение антидепрессантов.

Диссоциативные нарушения

Диссоциацией называется процесс, который трудно описать: то, что объединено, здесь распадается; совмещенные психические процессы разрываются на отдельные части (это не похоже на расщепление при шизофрении); из полноценной жизни что-то выпадает и это полностью не осознается. Эта психодинамическая модель родственна таковой при конверсионных реакциях (см. выше), которые проявляются соматическими симптомами, а при диссоциативных нарушениях касаются психических функций, особенно самооценки. К диссоциативным принадлежат описываемые ниже нарушения.

Псевдодеменция (синдром Ганзера; МКБ 10: F44.80): казалось бы, простые мыслительные операции невозможны, в том числе самые очевидные. Характерно «мимоговорение»: ответ очень близок к правильному, например 3 x 6 = 19 или 17. Эта диссоциативная, или истерическая, псевдодеменция отличается от органической демонстративным поведением, бьющим на взывание к жалости. Ее не следует смешивать с так называемой депрессивной псевдодеменцией. С псевдодеменцией сходна диссоциативная утрата памяти.

Диссоциативная (психогенная) утрата памяти (амнезия; МКБ 10: F44.0): прошлое не вспоминается, даже важные личные даты не воспроизводятся. Это беспамятство бывает парциальным, часто касается лишь какого-то одного периода жизни (частично в связи с тяжелыми переживаниями). Ей родственны психогенные сумеречные состояния.

Психогенные сумеречные состояния (МКБ 10: F44.88): пациент кажется дезориентированным, во всяком случае частично, как в сумерках. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких дней. С этим может быть связана диссоциативная фуга.

Диссоциативная фуга (блуждание, пориомания; МКБ 10: F44.1): как и при сумеречном состоянии, больной убегает или уезжает куда-то, иногда достаточно далеко, но держится упорядоченно и малозаметно, пока снова «не приходит в себя». При этом наблюдается описанная выше частичная и необратимая амнезия.

Диссоциативный ступор (МКБ 10: F44.2): больной лежит, казалось бы, безучастный и ни на что не реагирующий, иногда активно отворачивается. Диссоциативный ступор отличается от кататонического большей выразительностью.

Эти диссоциативные синдромы, которые иногда переходят один в другой, встречаются только у молодых людей. Описанные нарушения, хотя и не полностью осознанны, но часто так близки к осознанным, что возникает подозрение в симуляции. Выразительность содержания и легко распознаваемая тенденциозность поведения (польза от болезни) позволяют видеть их близость к другим «истерическим» расстройствам. У некоторых больных определяются (в большинстве случаев легкие) органические нарушения. Обусловленная этим редукция интеллектуальной деятельности в целом и особенно в отношении преодоления проблематичных ситуаций способствует готовности к такого рода реакциям.

Диссоциативное идентификационное расстройство (множественная личность; МКБ 10: F44.81) — это крайнее выражение диссоциативных нарушений: в одном индивидууме сосуществуют две (или больше) личности, чередуясь одна с другой. При этом одна из них не хочет ничего знать о другой (так называемое альтернирующее сознание). Но эти описания скорее всего приукрашены. Такие редкие драматические картины болезни описывались как в психиатрической, так и в художественной литературе; многие подобные феномены близки к симуляции. Феномен диссоциированной личности очень сильно зависит от специфики культурных условий, реакции окружающей среды и от отношения к нему врачей. Так, во время психотерапии пациенты могут артистическим образом менять стиль своего поведения (как артист свою роль, что говорит о *истероидном,* демонстративном поведении). В повседневных условиях встречаются случаи двойной жизни. Например, днем — это дама, а ночью — проститутка или днем — благородный человек, а ночью — преступник, а также, с одной стороны, любящий родитель, а с другой — деспотичный шеф.

Рассматривая *психодинамический* аспект проблемы, можно считать, что непереносимый аффект или невыполнимые стремления приводят к созданию образа другой личности, в то время как претензии своего Сверх-Я остаются неизмененными. Такая реакция нередко бывает заложена в травматическом жизненном опыте, полученном ребенком.

Ипохондрические синдромы

Ипохондрические расстройства определяются как чрезмерно заботливое отношение человека к своему телу с тревожным наблюдением за собой и страхом за свое здоровье, с мучительными

домыслами на эту тему. Здесь речь идет не о болезни «ипохондрия», а о форме реакции и синдроме.

Симптоматика. Ипохондрические опасения относятся чаще всего к сердцу, желудочно-кишечному тракту, мочевым и половым органам, головному и спинному мозгу. Автономные функции контролируются с заботой и страхом. Вследствие этой нефизиологической обращенности внимания и тревожной установки могут нарушаться функции вегетативно иннервируемых систем, поскольку автономная регуляция подвержена влиянию эмоций. Вначале могут возникать безобидные вегетативные нарушения функций, которые под влиянием ипохондрических опасений усиливаются (порочный круг). Тревожные опасения могут накладываться на реальные соматические недомогания, значение которых сильно преувеличивается страхом за свои органы или их функции, что сближает ипохондрические переживания с фобическими; выраженность и стойкость приближают эти опасения к навязчивости.

Условия возникновения. Автономность соматических функций может нарушиться, если внимание постоянно направлено на состояние организма, что приводит к их нестойкости. Свойственная сенситивной личности неуверенность в себе предрасполагает к ипохондрическому развитию. «При перестройке от здорового к больному все ощущения приобретают иную тональность, до тех пор несущественные нарушения становятся симптомами болезни» (Зибек). Сюда относятся опасения студентов-медиков на начальных курсах обучения. Еще больше, чем для здорового, для ипохондрика его тело становится партнером (Бланкенбург) и происходит чрезмерная оценка его значения. В ошибочных оценках ипохондрика особенно отчетливо видно, как ему трудно найти середину между достойной наказания беззаботностью и устрашающей чрезмерной озабоченностью своим телом.

Ипохондрические опасения могут провоцироваться или фиксироваться ятрогенно неадекватными, неправильно понятыми или неправильно оцененными высказываниями врача. Очень впечатляют случаи заболевания у родственников. При посещении больного кто-то начинает верить, что он чувствует подобные ощущения или как будто они у него были раньше, и ему кажется, что и у него такое же заболевание (тенденция идентификации).

Психодинамически ипохондрические переживания рассматриваются как сдвиг внимания на определенную телесную локализацию или на состояние здоровья. Эти переживания возникают тогда, когда диффузный страх закре-

пляется, направляясь на агрессивное или сексуальное содержание переживаний; страх кастрации фиксируется на раннедетских либидинозно окрашенных частях тела и нарцистически консолидируется. Чувство вины благоприятствует возникновению ипохондрических опасений. Пример тому, ставший уже историческим: как из мастурбации и чувства вины возникают ипохондрические опасения юноши («спинномозговая чахотка»).

Исключительно невротический генез — это не правило для ипохондрии. При многих ипохондрических симптомах обнаруживаются различные (например, психореактивные и органические) факторы происхождения. При этом ипохондрические страхи имеют защитные функции, поскольку они овладевают переживаниями больного и почти не оставляют места для иных представлений, особенно для конфронтации с более серьезными угрозами и с самой смертью.

Ипохондрические синдромы встречаются не только при неврозах, но и при психозах, и при мозговых заболеваниях. У больных с меланхолией могут наблюдаться выраженные ипохондрические опасения, а у больных шизофренией — нередко абсурдные ипохондрические представления, частично направленные на гениталии. Если при мозговых заболеваниях возникают ипохондрические нарушения, они необязательно бывают непосредственной причиной повреждения мозга, они могут объясняться как реакция больного на измененное соматопсихическое состояние.

Диагноз. С одной стороны, надо считаться с тем, что каждый человек может реагировать ипохондрически и что ипохондрический синдром развивается при разных заболеваниях. Если он появляется при меланхолии, шизофрении или мозговых заболеваниях, диагноз устанавливают уверенно на основании ведущих симптомов данного заболевания. С другой стороны, нельзя игнорировать тот факт, что человек с ипохондрическими переживаниями может действительно соматически заболеть. Мольер, автор пьесы «Мнимый больной», играл в ней главную роль, и на четвертом представлении он упал на сцене и чуть позже умер.

Классификация по МКБ 10: F45.2.

Дисморфофобии (или комплекс Терзита) сходны с ипохондрическими нарушениями. Больные, в основном подростки и юноши, стойко убеждены (на уровне сверхценной идеи), что какая-то часть их тела деформирована и выглядит необычно, чаще всего это нос или другая часть лица и женская грудь. Объективно нет никаких или имеются минимальные отклонения. Больные упорно добиваются оперативной коррекции, перед которой необходимо провести тщательное психиатрическое обследование. В самых простых случаях речь идет об ипохондрии красоты (Местер). Чаще дисморфофобии тесно

связаны с неврозом (что описано уже 100 лет назад); они же встречаются в бредовой форме при шизофрении.

Течение, исключая юношеские ипохондрические реакции, обычно длительное. У особенно сенситивных личностей ипохондрические состояния продолжаются всю жизнь.

«Я очень озабочен своим состоянием здоровья», — говорит 25-летний мужчина. Спустя 29 лет он начинает этими же словами свой разговор с врачом. Многие больные до старости обнаруживают ипохондрическое состояние, у некоторых это состояние ограничивается только педантичными установками на «здоровый образ жизни»: никаких чрезмерных перегрузок, теплая одежда, регулярный сон, никакой острой пищи, никакого алкоголя, никотина и т. д. Если сенситивный человек находит себя в какой-то области и тем самым приобретает уверенность в себе, то ипохондрические установки могут стираться.

Ипохондрические нарушения в позднем возрасте превалируют в симптоматике неврозов и конфликтных реакциях, частично они связаны с депрессивными расстройствами и органическими нарушениями мозга.

Лечение. Подход к ипохондрическим больным затрудняется тем, что они относят свое страдание к соматическим заболеваниям и стараются найти все данные для подтверждения этого мнения. Прочитанные и недостаточно понятые сведения делают картину «мнимой болезни» средством самозащиты. Если психотерапия не проводится или не удается, врачебные усилия направляются на то, чтобы уменьшить значимость ипохондрических опасений в повседневной жизни.

Медикаментозное лечение отдельных симптомов в большинстве случаев противопоказано, поскольку усиливает убеждение больного, что он действительно тяжело болен. Однако психофармакологические средства могут слегка ослабить напряженность больного; но если возникают побочные явления, то эти опасения вновь усилятся. Снижение напряженности может быть достигнуто и аутогенной тренировкой, однако и здесь реальна опасность повышенного внимания к своим физическим функциям.

Тревожный невроз, фобии, панический синдром, невроз сердца

Предварительные замечания

Каждый знает, что такое страх, его не надо определять, а надо описывать. Речь идет о физически воспринимаемом переживании необычного и угрожающего, которое неотступно и при котором человек чувствует себя беспомощным. Страх направлен на

будущее в целом, во всяком случае на само существование. Обычно страх беспредметен, но нередко имеет и определенную направленность. Нет смысла дифференцировать страх (беспредметный) и опасение (перед чем-то).

Различают три формы страха, которые переходят одна в другую.

1. *Реальный страх* — встречается при внешней угрозе, при катастрофах и опасных ситуациях. Естественными реакциями являются паника, отступление, бегство, а также ярость и агрессия. Сюда же относится и витальный страх при угрожающих жизни болезнях, например гипоксия при коронарной недостаточности. Выраженность этого страха зависит от степени участия психовегетативных процессов, их истощения или диссоциации, от личности и ее готовности к реакциям, от силы сопротивляемости и раннедетских переживаний страха.

2. *Экзистенциальный страх* — это общий опыт человека как образ жизни, который во многом определяется в процессе филогенеза связями с природой. Проявляется не только в больших или меньших способностях бороться с природой и достичь свободы, но и в потере чувства осторожности. Из «головокружения от свободы» (Кьеркегор) вырастает страх существования. С таких позиций он меньше нуждается в разъяснении того, что человек боится, чем то, что он свободен от страха. Онтогенетически человек от рождения беззащитен, неполноценен и нуждается в обретении уверенности. Если в результате утраты любви он становится чувствительным, то у него возникают страхи. Они появляются позже в безобидных ситуациях. Тогда происходит переход к третьей форме.

3. *Невротический страх (внутренний)* возникает тогда, когда прерываются импульсы побуждений и возникает угроза такого поведения, последствия которого не соответствуют стремлениям человека. Этот страх из «Оно» является страхом совести, который противостоит страху, исходящему из «Сверх-Я». Страх может рассматриваться как предупредительный сигнал для Я, когда конфликт непреодолим или отвергается потребность человека в чем-либо или стремление к чему-либо.

Страх — не столько психопатологический феномен, сколько форма реакции человека и вообще составная часть его жизни. Между реальным страхом, экзистенциальным страхом и невротическим страхом нет четких границ. Страх имеет и познавательную сторону, которая находит выражение в формулировке Кьеркегора: «Кто научится правильно бояться, тот выучит самое главное». Страх может подстегивать, может вызвать самый большой подъем активности. Неспособность переживать чувство страха надо рассматривать как патологию, которая является признаком так называемой социопатической личности.

Страх *оказывает влияние на других* людей. Он имеет тенденцию присоединяться и распространяться на них. В совместной жизни, в воспитании, во врачебной деятельности осуществляется попытка направить человека на такой путь, на котором он испытывает влияние страха, вместо того чтобы ограничивать его свободу. Равновесие и «упорядоченность» часто поддерживаются только страхом.

Частота. Страх принадлежит к основным процессам психической деятельности, а также характерен для неврозов и психозов. Большинство невротических нарушений сопровождается стра-

хом. Если же в картине болезни страх господствует, то говорят о *тревожном неврозе*. Если невротический страх направлен на определенный объект и ситуацию, это называется *фобиями*. Невротический страх может быть стойким или приступообразным. Особым выражением страха является хроническая симптоматика страха после чрезмерных перегрузок.

По эпидемиологии страха и родственных ему нарушений нет точных цифр из-за неоднородности диагностики.

Классификация. То, что описывается как тревожный невроз, в МКБ 10 (и сходно в DSM-III-R) подразделяется на агорафобию (F40.0), социальные фобии (F40.1), специфические (изолированные) фобии (F40.2) и генерализованное тревожное расстройство (F41.1). При этом агорафобия (страх перед переходом открытых пространств) в более широком смысле оценивается как страх перед обществом или страх одиночества, связанный с неудачным опытом такого одиночества. МКБ 10 проводит под F41.0 паническое расстройство. Эти терминология и классификация, к частностям которых мы еще вернемся, все-таки неудовлетворительны, поскольку понятия перекрещиваются и затруднено определение места каждого из них.

Тревожные неврозы и фобии

Клиническая картина. Страх — это одновременно и физический, и психический феномен. Соматические проявления страха — сердцебиения, сдавленность или сухость в горле, двигательное беспокойство, дрожь, холодный пот, позывы на мочеиспускание; поносы — это не следствие страха, а его непосредственные соматические проявления. Страх — это психосоматический процесс. Формы его выражения многообразны. Страх может скрываться под маской подчеркнутой самоуверенности. Он может проявляться в беспомощности ребенка, в недостаточности и нехватке сил в жизненной борьбе конституционально-астенического человека; далее он может проявиться в виде «страха перед выступлениями», а также в острых реакциях, например в бессмысленной панике или аффективном ступоре.

От реального невротический страх отличается тем, что его происхождение неизвестно. Как «свободно гуляющий страх», он ни к чему определенному не привязан. Такие пациенты признают только то, что они могли бы испытывать страх, в крайнем случае они отмечают соматические формы выражения страха.

От страха отличают *фобии*, которые направлены на определенные ситуации или объекты внешнего мира, например страх перейти улицу или пустую площадь (страх площадей, или агорафобия), страх находиться в тесном или закрытом помещении, в

лифте (клаустрофобия), пребывать в толпе людей, ездить поездом или плыть на корабле, находиться на большой высоте (акрофобия со страхом падения), страх перед определенными, но безобидными животными и т. д. Страх оказаться в какой-то ситуации, так называемый страх ожидания, действует подобно порочному кругу, усиливая симптомы. Содержание страха столь многообразно, как и окружающие человека объекты и ситуации. Темы фобий переплетаются с их источниками, они становятся скорее заместительно-объектными и имеют символический характер.

Примером этого является страх покраснеть — *эритрофобия*. При наличии конфликта между интенсивностью побуждений и чувством совести гнездится корень страха быть распознанным, чего больные стыдятся. Если вазомоторные симптомы вначале имеют лишь характер соматических сопровождающих явлений, то при обращении на них внимания они приобретают главное значение, и появляется опасение за их способность выдать тайну. Это приводит к дальнейшему смущению, что способствует еще большему покраснению. Покраснение может вызвать каждое случайное событие (страх ожидания).

Условия происхождения. Тревожные неврозы и фобии — это патологические реакции на основе неразрешенного конфликта, особенно в связи со страхом потери. Подавление агрессии и переход в ее противоположность характерны для больного с тревожным неврозом. Такие больные не проявляют злости и ярости против других, а вместо этого показывают дружелюбие, любезность и готовность помочь. Неосознанной мотивацией является страх потерять контакты, остаться одному и потерять опору окружающих. Эта тенденция прилипания к другим исходит из неуверенности в себе, идущей с раннего детства. Вначале актуализируются сексуальные ситуации совращения, проб и отказов, в том числе наказания за желание онанизма и инцеста. Страх кастрации невозможно понять словесно, понимание возможно только как метафоры реакции на «отсечение возможности разного рода экспансивного развития» (Эльхардт). Учитываются не только отдельные ситуации отказа и угрозы, но и длительная атмосфера фрустрации. Они обнаруживают контраст с выраженными сексуальными и агрессивными устремлениями и соответствующими неосознанными фантазиями.

Фобии рассматриваются как элементарные, «архаические» процессы перехода в бессознательное: напряжение импульсов или чувство вины отвергается, а страх переводится на окружающую действительность. Этот процесс реализует определенную защиту от напора инстинктов. Женщина, не полу-

чающая удовлетворения в семейной жизни, защищается страхом перед улицей от возможной ситуации искушения. Этот невротический процесс имеет сходство с конверсионной реакцией (старое учение о неврозах пользовалось понятиями истерии страха и аффективной конверсии).

С позиций *теории научения* невротический страх объясняется как результат классического и/или оперантного обусловливания, а также как модель научения. Процесс научения надо обязательно выяснять при фобиях наряду с причиной конфликта, это поможет понять основные истоки происхождения болезни. Вследствие нарушения контактов может усилиться или расшириться вторичный конфликт. В смысле классического обусловливания фобии рассматриваются как заученные реакции: нейтральный стимул воспринимается с опаской, если он сочетается с необычными или вызывающими страх переживаниями. Модель научения показывает, как заместительное обусловливание создает страх путем подражания, имитации поведения другого человека. Фобии сохраняют далее свою силу благодаря оперантному обусловливанию: если вызывающие страх ситуации проходят и благодаря этому возникают положительные следствия, тогда процессы избегания систематически восстанавливаются и жизненное пространство больного все более суживается.

Когнитивный подход рассматривает невротический страх как следствие недостатка возможностей контроля, необходимого для преодоления притязаний, но которому человек еще не научен. Так возникает устрашающее восприятие мира и беспомощность в смысле иррациональной убежденности (Эллис).

Генетические наблюдения свидетельствуют о факторах предрасположенности, которые способствуют общей готовности к реакции и к специальным формам проявлений симптоматики страха. Структура личности больных неврозом страха часто сенситивная и сверхщепетильная.

Психофизиологически состояние повышенной симпатикотонической активности рассматривается как соматическое соотношение страха. Это понятие, которое нуждается в дальнейшей дифференцировке, не объясняет причин возникновения страха.

Разграничение и дифференциальная диагностика. Существует очень узкий промежуток между тревожными расстройствами и ипохондрическими невротическими синдромами; его занимает страх, относящийся к телесным функциям. Переход образует фобия сердца. Фобические состояния в проявлении навязчивостей так тесно переплетаются, что во многих случаях приходится говорить о навязчивых фобиях.

Следует помнить, что при тревожном неврозе могут встречаться депрессивные расстройства с витальными симптомами и что больной с тревожным неврозом может заболеть меланхолией, и вообще тревога и депрессия часто возникают совместно. Содержание переживаний по своим определенным темам указывает на тот или иной диагноз. Так, при неврозах часты страхи перед соединением и разделением, хотя для меланхолических форм они нехарактерны.

При острых шизофренических приступах практически всегда имеется страх, диагноз определяется другими симптомами. При *одном из психозов* пе-

реживания страха стоят в центре картины болезни, поэтому его определяют как психоз страха.

У детей следует осторожно определять каждый случай боязливости как тревожный невроз. Страх — это в первую очередь нечто естественное, и его сохранение зависит от многих факторов, особенно от воспитания. Только когда ребенок, с одной стороны, начинает понимать бессмысленность и необоснованность страха, а с другой — не может с ним бороться, только тогда можно говорить о тревожном неврозе. Это обычно бывает после 9—10 лет.

Всегда надо помнить, что страх, диагностируемый как невротическое или даже психотическое расстройство, может быть вызван соматическим заболеванием, например гипертиреозом.

Терапия. Прежде всего следует решить, с чего необходимо начинать лечение: стоит ли сперва браться за симптом страха (*поведенческая терапия*) или же приняться за изучение психодинамических основ (*психоаналитически ориентированная психотерапия*). Определять показания следует в индивидуальном порядке. Подчас один метод лечения дополняет другой или (в стационаре) лечение ведется параллельно.

Подробности тренинга избегания тревоги и тренинга управления тревогой описаны ниже. Весьма эффективны методики снятия напряжения, в особенности прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону. Лечение можно также проводить в форме групповой терапии. Поведенческая терапия может проложить путь для психодинамической терапии (и наоборот).

Психофармакотерапию стоит применять весьма ограниченно. В кризисных ситуациях она может помочь успешному проведению психотерапии, например обеспечить возможность продолжения психотерапевтической работы. В подобных случаях имеет смысл отдавать предпочтение не антидепрессантам, а транквилизаторам.

Течение и прогноз. Спонтанные выздоровления нехарактерны. По катамнестическим данным, лишь небольшое число больных после длительного наблюдения выздоровело. Большинство же страдает и дальше страхом и фобиями (наиболее часто — это волнообразное течение с длительными светлыми интервалами) или другими невротическими нарушениями. Во второй половине жизни наблюдаются улучшения, но нередко с изменениями, напоминающими резидуальные состояния.

Панический синдром

Панический синдром (или панические расстройства, панические атаки, эпизодическая пароксизмальная тревога) — это только новое название известной картины болезни, а именно приступообразно появляющиеся тревожный невроз и фобии. Греческое слово «паника» означает страх, который возникает безосновательно и в мифологии исходит от бога Пана. Характерны повторные тяжелые тревожные атаки. Страх в основном связан с возможностью потери самоконтроля, развития сумасшествия или смерти. Часто страх связывают с соматическими нарушениями (см. выше), а также с кардиофобией, при которой описываются течение приступов страха и другие особенности.

К концепции «панические расстройства». Это название болезни больше этиологическое, чем клиническое, без обращения внимания на уже известные условия возникновения. Оно исходит из представления (хотя бы при тревожных приступах), что страх обусловлен чисто соматически. За это будто бы говорят психофармакологические эксперименты и фармакотерапевтические наблюдения: тревожные атаки развиваются при даче определенных фармакологических средств (например, лактата), кроме того, они поддаются действию антидепрессантов. Между тем эти наблюдения спорны (для оценки результатов терапии не хватает катамнестических подтверждений), а попытки объяснить страх чисто биологически — неубедительны. Даже если соматические процессы участвуют в происхождении страха, страх является комплексным феноменом; наряду с биологическим аспектом он имеет психодинамические аспекты и аспекты психологического научения.

В классификации также отмечается непоследовательность: в МКБ 10 панические нарушения рассматриваются как самостоятельная болезнь (F41.0), а с другой стороны, как подвид агорафобии (F40.01).

Невроз сердца — кардиофобия

Особой формой фобии наряду с синдромом паники является кардиофобия, которую следует описать особо вследствие ее характерной клиники и значительной частоты. В основном она встречается у молодых людей, чаще у мужчин, а также у детей.

Кардиофобия — это не единственная форма *функционального расстройства сердца*. К ней необходимо предпослать следующее: функция сердца ав-

тономна и при ее нормальной деятельности не замечается. Лишь сильная нагрузка, а также эмоциональное напряжение приводят к усилению сердечной деятельности и ощутимым реакциям сердца. При конфликтных ситуациях и неврозах сенсации со стороны сердца и жалобы часты и многообразны, их можно подразделить следующим образом:

а) функциональные сердечные жалобы (гиперкинетический кардиальный синдром, органный невроз сердца): они проявляются без органических изменений в сердце, больной жалуется на давление или колющие боли в области сердца, предъявляет неопределенные жалобы; у него наблюдаются общее снижение активности и другие функциональные явления, как при психовегетативном синдроме. На ЭКГ отмечаются синусовая тахикардия, иногда легкие проявления гипертонии. В таких случаях жалобы легко снимаются бета-блокаторами. Однако врач должен удостовериться в психореактивном происхождении жалоб;

б) пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии могут возникать в сходных условиях, но их следует расценивать не как чисто соматопсихические нарушения, которые, впрочем, могут усилить эти тахикардии;

в) кардиофобия: в основном она определяется такими терминами, как невроз сердца в узком смысле слова, сердечный невроз типа А, сердечная ипохондрия, сердечный тревожный невроз, тревожная истерия, синдром напряжения. Эта болезнь, нуждающаяся в психиатрически-психотерапевтическом лечении, здесь будет описана подробно. Она отграничивается от сердечного невроза типа В, который связан не столько со страхом, сколько с гиперкомпенсаторной (противофобической) переработкой.

Симптоматика и течение. Приступообразные тревожные состояния, при которых больные опасаются прекращения работы сердца и наступления смерти, могут возникать и без наличия соматического заболевания. В начале очередного приступа появляются тошнота, головокружение, внутреннее беспокойство, легкое сжатие сердца. Однако во многих случаях без всяких предвестников возникает тяжелый приступ: сильное сердцебиение, ощущаемое по всему телу, некоторое повышение кровяного давления, тяжелое чувство сжатия и стеснения в области сердца, нехватка воздуха, потливость, головокружение и чувство обморочного состояния (но не потери сознания), дрожь во всем теле и элементарный страх. Пациент считает, что его сердце через секунду остановится и он упадет замертво. Это страх самоуничтожения и смерти. При сильном возбуждении больные бегают и умоляют о помощи. Если приступ страха возникает во время поездки в автомашине, пациент вынужден остановиться и передохнуть.

Страх может быть вызван отнюдь не кардиальными функциональными расстройствами, и сами сенсации со стороны сердца не следует рассматривать как чистые последствия страха. Важнее установить психосоматическую связь: сердечные сенсации и аффект являются выражением единого соматопсихического про-

цесса — страха. Приступ длится от четверти часа до двух часов. Когда приходит помощь или она только ожидается, возбуждение и страх ослабевают. Появление врача при этом важнее, чем седативная медикаментозная помощь. В больницах, где врач всегда доступен, кардиофобические приступы встречаются реже, чем вне больницы.

Патофизиологически при приступах фобий находят симпатико-вазальные сдвиги; но не всякий симпатико-вазальный приступ имеет кардиофобическую симптоматику.

После первого приступа происходит *фобическое развитие.* Больные теряют душевное равновесие, живут в постоянном страхе, ожидая очередного приступа или смерти, испытывая страх возникновения страха (страх ожидания, фобия). При этом им не помогают ни сообщение терапевта о нормальных показателях работы сердца, ни уговоры, что предыдущие приступы не имели последствий. Частота приступов и промежутки между ними нерегулярны. В интервалах больной опасливо следит за своими сердечными функциями, контролирует пульс и регистрирует малейшие его отклонения. Случайные экстрасистолы он воспринимает как непререкаемые признаки болезни с безнадежным исходом. С опаской больные наблюдают и за другими вегетативными проявлениями, а также за легкими колебаниями своего самочувствия. Больные берегут себя, с трудом отваживаются ходить, стремятся устранить все нагрузки, волнения и в первую очередь трудные ситуации, чтобы предотвратить приступ (*уклоняющееся поведение).* Вместо страха смерти во многих случаях все больше выступает страх перед страхом и перед вызывающими страх ситуациями.

Из-за страха перед приступами больной неохотно остается один. Многие испытывают страх, что приступ у них разовьется во сне внезапно, и они не смогут достаточно быстро среагировать. Следствием этого бывают стойкие расстройства засыпания. Другие не могут больше оставаться среди людей — кардиофобия начинает сочетаться с агорафобией или клаустрофобией. Страх и его избегание приводят к фобическому поведению, что наносит существенный вред как служебной деятельности, так и частной жизни больного.

Кардиофобия имеет склонность к *хроническому течению.* Катамнестические исследования показали, что через 20 лет симптоматика сохраняется более чем у половины больных, хотя и с не столь драматическими обострениями. Ранняя инвалидность —

не редкость, хотя кардиофобия не приводит к органическим изменениям в сердце.

Условия возникновения. Поводом к первому кардиофобическому приступу чаще бывают острый конфликт и перенапряжение, разлука и разочарование, ситуация одиночества и покинутость, а также переживание в случае сердечной смерти кого-то из близких. Знание о том, что всегда может случиться сердечная смерть, даже у молодых и здоровых становится тревожащим фактором. Интенсивное употребление кофе и никотина может вызвать к жизни этот процесс.

Однако этих факторов для объяснения недостаточно. Актуальный повод может быть последним ударом после длительного невротического развития. Начало же часто исходит из детства. Преимущественно поражаются избалованные и несамостоятельные дети с выраженной зависимостью от матери, во многом с амбивалентными установками: ожидание любви, с одной стороны, и желание самостоятельности с агрессивными порывами — с другой, с противоречивыми фантазиями привязанности и расставания. Такие установки особенно опасны при обрыве связей, разлуках и разочарованиях. Кардиофобик часто живет в страхе перед разлукой, прежде чем поймет, что он ее хочет и ее же боится. Регулярно возникают совместные проблемы с родителями и конфликты с партнерами.

В области *психологии научения* действуют те же закономерности, что и в случаях тревожных неврозов.

Классификация. F45.3 по МКБ 10.

Дифференциальный диагноз. Страх, дрожь и возбуждение могут напоминать острый психоз и привести к ошибочному диагнозу ажитированной депрессии или психоза страха. Впрочем, кардиофобические жалобы встречаются и у меланхолических больных. Синкопальный припадок протекает менее драматично, он приводит к утрате сознания, страх и другие фобические явления при нем отсутствуют.

Самой важной является дифференциальная диагностика с инфарктом, коронарной недостаточностью и пароксизмальной тахикардией. Кардиофобики чаще моложе, чем инфарктные больные; кровяное давление у них не падает, а слегка повышено, припадок соматически менее угрожающий: сопровождается страхом, который протекает более сильно и более шумно. Жалобы описываются как менее насыщенные болью. Как и при всех функциональных нарушениях сердца, боли в основном локализованы в левой стороне груди, но могут распространяться и на левую руку, т. е. локализация не отличается от таковой при инфаркте или коронарной недостаточности, которые бывают более длительными, чем кардиофобические приступы. Пароксизмальная тахикардия протекает также менее драматично для больного, ускорение пульса выражено больше, чем при кардиофобическом приступе, а кровяное давление чаще падает.

Разграничение на основе только клинических данных не позволяет врачу обрести абсолютную уверенность в себе, поэтому при подозрении на кардиофобию нужно провести полное терапевтическое обследование для исключения коронарной недостаточности, нарушения проводимости и заболевания миокарда. На этом, как правило, настаивает и сам больной с кардиофобией.

Лечение. Если в остром состоянии наличие врача и беседа с ним не вызывают улучшения, показаны транквилизаторы или бета-блокаторы. Как и другие больные неврозами со страхом, многие фобики пытаются проводить самолечение алкоголем; но эффект его недостаточный, а опасность появления зависимости от алкоголя велика. Фармакотерапия — это только подсобное средство, прежде всего в острых случаях, а также начальное эффективное средство.

Решающей же является *психотерапия*. Чем раньше ее начинают, тем лучше. Изучение причин и конфликтных ситуаций сразу после первых кардиофобических приступов может приостановить последующее фобическое развитие. Позже лечение проводить тяжелее и требуется длительная психотерапия. При этих и других тревожных расстройствах особенно показана *поведенческая терапия* (возбуждающая конфронтация, познавательная терапия, тренировка уверенности в себе). Отличительная особенность *тренинга избегания тревоги* состоит в том, что он работает на модели десенсибилизации (к соответствующим условиям обыденных ситуаций), а *тренинг управления тревогой* — при помощи форсированного погружения в фобическую ситуацию (наводнение) и формирования стратегий преодоления. При тяжелых тревожных расстройствах необходимо проводить клиническое лечение с использованием различных моделей психотерапии.

Депрессивные реакции и депрессивные неврозы

Предварительные замечания к термину «депрессии». Депрессия означает подавленное настроение. Словом «депрессивный» можно объяснить разные явления: адекватное поведение после болезненной потери, конфликтную реакцию и невроз, структуру личности и болезнь. Депрессивная симптоматика встречается при реактивной депрессии (депрессивная реакция или депрессивная конфликтная реакция), депрессивном неврозе (невротическая депрессия), эндогенной депрессии (меланхолия), депрессивном синдроме при шизофрении или при органических

психозах. Об этом будет сообщено в соответствующих главах. Говорить просто о «депрессии» было бы непростительным упрощением. Диагностическое дифференцирование служит целенаправленной терапии. «Депрессия» же без более точного определения ни о чем не говорит. *Распространенность* депрессивных расстройств *в целом* составляет около 4–6 %, а в амбулаторной практике по меньшей мере — 10–20 %.

Частота и разграничение. «Нормальное», или лучше — адекватное ситуации, расстройство при печальных, подавляющих дух поводах определяется как подавленность или депримированность. При *реактивной депрессии* больной также грустен по поводу чего-то утраченного, потерянного или отнятого. От «здоровой» адекватной грусти реактивная депрессия отличается картиной большей интенсивности и большей длительности (с наличием преходящих соматических жалоб), возникающей после неодолимого конфликта.

Депрессивный невроз направлен не на *один актуальный* конфликт, а на далеко распространяющуюся стройную плеяду конфликтов. Депрессивный невроз характера и депрессивная структура личности — это примерно одно и то же. К депрессивным реакциям имеются широкие переходы.

Меланхолия (или эндогенная депрессия) отчетливо отличается по происхождению, симптоматике и течению от реактивной и невротической депрессии; речь идет о существенно иных психических нарушениях, однако они также встречаются у таких людей.

Реакции печали. Если человек страдает от тяжелой потери, как, например, смерть близкого человека, то возникает болезненный психический процесс перестройки. Острая печаль протекает часто с соматическими жалобами и вегетативными нарушениями, такими как бессилие и истощение, особенно желудочно-кишечные расстройства. К психическим реакциям печали относятся отчужденность и раздражительность. За враждебностью стоит часто чувство собственной вины. Как и болезненную печаль, его пытаются преодолевать. Но только правильная оценка потери и печали, примирение с потерей может (в смысле деятельной печали) привести к преодолению трудной ситуации и к новой ориентировке. Это определяется, как работа печали, «после которой полнота Я снова становится свободной и неподавленной» (Фрейд).

О патологической или *болезнетворной ситуации печали* говорят тогда, когда она затягивается (нередко на месяцы и даже годы).

В основе этого лежат разные причины: вначале вынужденное пребывание в обществе, которое сдерживает проявления тоски, часто — невыносимое одиночество и отсутствие партнера для беседы, а также самобичевание из-за реальных или мнимых погрешностей в уходе за умершим, оставшиеся неразрешенные с ним проблемы, при этом особую роль играют амбивалентные установки и вытесненная агрессивность; с другой стороны, выраженные дружеские отношения, которые так внезапно прервались. В деталях эти реакции печали также многообразны и различны, как вообще человеческие жизненные ситуации.

При проявлениях нормальной печали больные подвергаются окаменению и инкапсуляции, у них наблюдаются пассивность и утрата интересов, иногда горестное или агрессивное поведение в отношении окружающих. Расстройство настроения уже теряет связь с утратой. Болезненная реакция печали сопровождается значительными вегетативными нарушениями и соответствующими ипохондрическими опасениями, которые в выборе органа часто связаны с болезнью умершего (идентификационная тенденция). Гастроинтестинальные психосоматические расстройства могут привести к язвенному колиту. Нередко злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Болезненная реакция печали рассматривается как образец депрессивной реакции вообще. Она встречается не только в случаях смерти, но и при потере близкого человека вследствие разлуки, развода и т. д. Для дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что глубоко переживаемые потери могут вызвать и другие психические заболевания, например меланхолию.

Депрессивные реакции встречаются при резких изменениях жизненных отношений, потере привычного жизненного уклада и доверительной атмосферы (например, при эмиграции и бегстве), а также при изменении поля деятельности, после переезда, выхода на пенсию, даже после ухода в отпуск. Решающим здесь является не внешняя ситуация, а *переживание* изменений, потеря укрытия и неуверенность в новой ситуации. Часто в основе депрессивных реакций лежат глубоко скрываемые обиды и кризис самооценки.

Депрессивные неврозы. Причина, почему многие люди в результате потери безопасности находятся в угрожающем состоянии, проясняется из истории их жизни, из тематики болезненных детских переживаний, а не только из-за утраты атмосферы любви после расставания с матерью или разрыва семейных связей. Недостаток тепла, домашнего очага и «разбитый дом» — это

часто лишь переоцениваемые крылатые слова. Столь же патогенными могут быть излишняя забота тревожных родителей, которые привязывают к себе ребенка и оберегают его от влияния окружающего мира, и именно поэтому затрудняется становление самостоятельности и стойкости.

Эта «сверхзаботливость» отражает недоверие, выражающее вытесненные агрессивные тенденции матери по отношению к своему ребенку. Таким образом, «теплично» воспитанный человек остается зависимым и нуждающимся в опоре и на незначительные перемены реагирует депрессивно. Когда родители становятся единственной постоянной опорой и воспитывается невозможность проявления агрессивных импульсов, закрепляется запрет на проявление настоящих чувств в проблемных ситуациях. Единственное, чему разрешено появляться в сознании, это страх и чувство вины.

Депрессивный невроз — это невроз характера или расстройство личности. При слабой их выраженности говорят о депрессивной структуре личности в смысле стойких психических отклонений. Депрессивно-невротическое развитие, которое (с позиций психоанализа) начинается с оральной фазы развития, может приводить в течение жизни к скрытым депрессивным расстройствам настроения (*невротическая депрессия*). При этом актуальные затруднения являются поводом, а не причиной. С депрессивно-невротической структурой связано развитие других расстройств, особенно наркомании и анорексии.

Оральная фиксация при невротической депрессии может быть ответной регрессивной реакцией ухода на эту раннюю фазу с первичным чувством безопасности. Если отсутствует изначальная уверенность, развиваются несвободная зависимость и страх разлуки, и в последующей жизни потеря любви и разлука (и даже опасение разлуки) всегда означают глубокую нарцистическую обиду. Поэтому возникают агрессивные побуждения в отношении другого человека, проявляющего в чем-то непреклонность. Поскольку невротик не может реализовать свою агрессию, он переносит ее на собственную персону (у здоровых происходит наоборот — потрясения и печаль превращаются в злость и ярость).

Психоаналитически самоупреки и импульсы к самоубийству интерпретируются интроекцией и аутоагрессией: они имеют основу в обвинениях и импульсах убийства в отношении окружающих. В амбивалентности между сильной потребностью в привязанности и возникающим агрессивным поведением состоит конфликт при невротической депрессии.

Концепция пограничных расстройств личности. Тяжелые депрессивные неврозы (а также другие неврозы и расстройства личности) обозначаются с психоаналитических позиций как пограничные состояния. Это не столько новый диагноз (и не случаи, пограничные между неврозами и шизофренией), сколько построение модели, которая в учении о фазах жизни связывает

раннедетские переживания с последующими болезненными личностными развитиями: объекты мира разделены на добрые и злые (подобный их раскол — понятие, не равноценное расщеплению в учении о шизофрении), что приводит к «активному расчленению противоречивой интроекции и идентификации». Характерна определенная слабость Я как «выражение общей недостаточности при нормальных в остальном функциях Я» (Кернберг). Эта глубинно-психологическая конструкция *пограничной личностной организации* приложима не только к депрессивным неврозам, но (неспецифически и за рамками диагноза) и к другим психическим нарушениям, что подтверждается терапевтически, не говоря уже об описываемой психотерапии тяжелых неврозов. Такие пациенты подвергаются более защищающей психотерапии, в основном психодинамически-интегративной. При этом психотерапевт должен действовать более активно (менее строго в сдерживании или уклонении), он должен скорее «строить мосты» (Кернберг) для больного, особую заботу проявляя о контрпереносе. Этот опыт базируется частично на психотерапии шизофрении.

У детей обнаруживается нередко хроническое, зависящее от личности депрессивное расстройство настроения. Оно не проявляется в повседневной жизни, во взаимоотношениях с детьми, прикрыто ничем не приметным поведением, но выявляется отчетливо в ряде ситуаций и в проективных тестах. Чаще всего это итог тяжелой депривации в раннем детстве.

Классификация. По МКБ 10 реакции печали и другие депрессивные реакции, а также расстройства адаптации кодируются в F43.2, депрессивные неврозы кодируются как дистимия (F34.1).

Терапия. При *реакциях печали* показана психотерапия, но, естественно, только тогда, когда печаль становится сильной и больной не в состоянии ее преодолеть без посторонней помощи. Самым важным является тесная связь пациента и врача, в том числе как защита от суицидальных действий. Сопереживаниям с печальными событиями прошлого должно уделяться основное внимание, но без того, чтобы их значимость оставалась господствующей. Задача терапевта (не только врача, но и душеприказчика, родных или друзей) — это определение взаимоотношений больного с умершим, беседа с ним как бы с партнером, при этом с целью развенчивания идеализированного образа умершего можно переходить к конкретным проблемам дальнейшей жизни, давать совет и помогать завязывать новые межчеловеческие свя-

зи. Последнее полезно и при депрессивных реакциях у переселенцев.

При *депрессивных неврозах* показана тщательная *аналитическая психотерапия* с целью добраться до корней патологического развития. При этом расстройства настроения вначале могут и усилиться, импульсы к самоубийству обостряются. Такие больные особенно чувствительны к страху перед разлукой.

Поведенческая терапия, особенно в ее когнитивном направлении, при депрессивных неврозах достаточно успешна.

Антидепрессанты показаны только при глубоких расстройствах настроения, в рамках депрессивно-невротических состояний. Их терапевтический эффект определенный, но меньше, чем при меланхолии. То же относится к показаниям на этом этапе к *терапии бодрствованием*. При тяжелых расстройствах сна можно кратковременно применять транквилизаторы. Эти виды соматотерапии не заменяют психотерапию, но могут способствовать улучшению, особенно они помогают больным в кризисном состоянии.

Прогноз, несмотря на высокую суицидальность больных, при депрессивных неврозах лучше, чем при других формах неврозов.

Синдром отчуждения

Деперсонализация — это расстройство жизненного Я, сознания самого себя: такие психические процессы, как восприятие, чувство своего тела, эмоции, мышление и действия, переживания, осознаются как уже не принадлежащие Я, не как Мое. Само собой разумеющиеся жизненные процессы отчуждаются. Если внешний мир больного (окружение, его существование или внешняя область его переживаний) втягиваются в отчуждение, тогда говорят о деперсонализации или шире — о переживаниях отчуждения.

Симптоматика. Больные с проявлениями деперсонализации объясняют, что у них теряются жизненные отношения к самому себе и к окружающему миру. Отчуждение проявляется часто вначале с таким чувством, как будто с головой что-то не в порядке. Это не головная боль, а скорее какое-то тупое чувство, сходное с оглушенностью, как если бы обруч был натянут на голову, или доска перед лбом, или завеса перед глазами, как туман, который движется перед глазами, и т. п. Больные не могут отчетливо думать или ясно видеть. Поэтому некоторые из них

идут к офтальмологу, если отчуждение начинается с области зрительных восприятий: при измененном акте зрения изменяется физиогномическое распознавание. Пациенты смотрятся в зеркало, чтобы идентифицировать самих себя, но в их лице появляется что-то чужое. Позже больные скажут, что они чужды сами себе, изучают себя, как другого человека. Свои мысли они переживают, как не принадлежащие им, их чувства — как посторонние, их действия — как механические. В то же время они осознают, что это они и есть, что их представления, стремления и характер поведения принадлежат им; но эта рациональная установка не соответствует непосредственному чувству принадлежности всего этого себе. Они не говорят «это не я», а «так как будто не я это думаю, чувствую, делаю...».

Тело или его отдельные части тоже могут подвергаться отчуждению. Тело больному не подчиняется, свои движения он воспринимает как автоматические; нога становится, как чужая, нет чувства принадлежности ее своему телу. Но и здесь больной знает, что это все-таки его нога, так как он ее чувствует и может ею двигать. Однако переживание ее принадлежности себе утрачивается.

Во внешнем мире ему кажутся незнакомыми привычные домашние вещи, они изменяются или становятся неизвестными, как будто он никогда их ранее не воспринимал такими, какими они есть на самом деле. При обычном взгляде из окна окружение кажется иным, чем раньше, уже не само собой разумеющимся. Сначала отчуждаются отдельные окружающие предметы, а затем это явление расширяется до дереализации.

Частота и происхождение. Деперсонализация и дереализация принадлежат к неспецифическим психическим формам реакций. Они могут появляться изолированно или в рамках разных психических заболеваний.

Здоровые молодые и взрослые люди при утомлении могут испытывать кратковременные, длящиеся секундами переживания отчуждения. При истощении и исчерпании сил эти переживания могут сохраняться дольше. Астенические личности особенно склонны к деперсонализации, иногда с признаками навязчивости. В ситуациях страха (например, при катастрофах) эти признаки могут проявляться остро, а после «паралича от страха» они опять исчезают. Если они сохраняются дольше, то входят в состав невротических переживаний. Это же относится и к реакции печали: здесь также могут появляться кратковременные пережи-

вания отчуждения; но они могут стойко сохраняться при болезненных реакциях печали. Переживания отчуждения после катастроф, в приступах тоски или при сопереживании насильственных действий над близкими могут интерпретироваться как защитные механизмы при желании стать другим, как будто бы эти переживания не относятся к нему.

Переход к невротическому синдрому деперсонализации плавный. Здесь отчуждение означает глубинно-психологические защитные механизмы Я против непреодолимого переживания, особенно воспринимаемого с чувством вины агрессивного побуждения, которое в состоянии деперсонализации воспринимается не как таковое, т. е. не принадлежащее мне. При этом происходит регрессия в раннедетское мышление и способы переживаний, которые соответствуют тому возрасту, когда структура Я и отношение к реальности еще не стабильны.

Деперсонализационные синдромы манифестируют преимущественно в постпубертатном возрасте (Й.-Э. Мейер). Они носят характер кризов созревания у подростков без того, чтобы рассматривать проявления деперсонализации как юношеское сомнение в сознании своей индивидуальности (с вопросом к самому себе: «кто я, собственно?»). Невротический синдром деперсонализации у подростков может быть преходящим, но может стать и хроническим. В некоторых случаях он переходит в невроз навязчивости.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Переживания отчуждения можно просмотреть по многим причинам: больные не говорят о них спонтанно, наблюдатель часто не спрашивает об этом, и эти расстройства трудно вообще выразить словами. Переживания отчуждения встречаются при разных психических заболеваниях, поэтому диагноз необходимо ставить по совокупности симптомов.

Кроме неврозов, деперсонализация встречается при меланхолии вместе с «чувством бесчувствия», «невозможностью жить без грусти». При шизофрении переживания отчуждения особенно проявляются в начале болезни, чаще в чувстве «сделанности», которого не бывает при неврозах. Ставить диагноз «шизофрения» при невротической деперсонализации ошибочно.

Классификация: F48.1 по МКБ 10.

Терапия. Синдром отчуждения в большинстве случаев стойкий. При невротических формах показана психодинамически ориентированная психотерапия, которая особенно нацелена на отвергаемые агрессивные переживания. Направленное на симптомы лечение почти не дает результатов. Антидепрессанты и

нейролептики выправляют состояние мало, они могут принести облегчение, но в ряде случаев усиливают симптоматику. Иногда психотерапию может поддержать курс инсулина в малых дозах.

Невроз навязчивых состояний

Навязчивости (ананкастность, обсессивно-компульсивный синдром) появляются тогда, когда содержание мыслей или импульсы к действиям постоянно навязываются и не могут подавляться или вытесняться, хотя и понятно, что они бессмысленны или, по крайней мере, безосновательно господствуют в мыслях и действиях. Поскольку эти импульсы стойкие, они вызывают неодолимый страх. Патологическим являются не содержание навязчивостей, а их доминирующий характер и невозможность избавиться от них.

Картина проявлений. Существуют легкие феномены навязчивости, которые относятся к области нормально-психологических, хотя бы и в ананкастных личностных структурах:

если неотвязно звучат мелодии, имена, ритмы или ряды слов; если невозможно прервать подсчет ударов часов, ступеней лестницы или узоров на ковре; если из-за любви к чистоте всякий непорядок воспринимается болезненно; если считают, что нельзя оставить письменный стол в беспорядке или комнату невымытой; если с горечью думают о том, что могла быть совершена ошибка; если верят, что можно устранить нежелательную ситуацию в будущем, предотвратив ее магической формулировкой, и таким путем защититься (воскликнув три раза — той, той, той). Сюда же причисляются навязчивые ритуалы при еде, курении, укладывании в постель и засыпании — фиксированные привычки, которые не воспринимаются мучительно и которые путем их отклонения или внешних влияний могут прекращаться без того, чтобы вызвать страх.

При этом по содержанию патологическая навязчивость направлена на несущественные явления, по интенсивности она очень различна, но всегда сопровождается страхом. Больной не может держаться на расстоянии от своего страха, ему ни уклониться, ни увернуться, он отдан во власть страха. Патологические навязчивости проявляются в мышлении (навязчивые мысли, навязчивые представления, обсессии), в области чувств, влечений и устремлений (навязчивые влечения, навязчивые импульсы) и в поведении (навязчивое поведение, навязчивые поступки — компульсии).

Навязчивые мысли больного определяются страхом, что он может кого-то ударить, кого-то толкнуть, кого-то переехать и т. п. При этих навязчивых представлениях речь идет не столько о

собственной персоне (как при фобиях), сколько о других людях: что-то может случиться с родными или уже случилось, и больной при этом виноват (патологическое чувство вины).

Навязчивые импульсы имеют часто такое содержание, как возможность навредить, и не столько себе, сколько другим, например что-то совершить со своим ребенком и при этом выпасть из окна; ножом, раз уж он попал в руки, кого-то поранить или даже убить; произнести неприличные или богохульные слова; хотеть, думать или делать запретное. Таким образом, навязчивые импульсы имеют преимущественно агрессивную окраску. У здоровых иногда можно проследить подобные импульсы, например, при взгляде на глубину — я мог бы туда броситься; или когонибудь ранить; но эти представления нестойки, сразу же преодолеваются «здоровыми мыслями»: ни себе, ни другому не вредить. Однако и больные не поддаются своим импульсам. До соответствующих действий дело не доходит; но они переживают это как несвободу; агрессивные побуждения, которые так пронзительно развиваются, дают повод для появления у больного резко выраженного этического чувства собственной виновности и дальнейших страхов (страх совестливости).

Навязчивое поведение выражается, например, в навязчивом счете: все, что происходит перед глазами в большем или меньшем количестве (вагоны поезда, телеграфные столбы, спички), должно постоянно пересчитываться. При навязчивом контроле все должно проверяться — выключен ли свет, закрыт ли газовый кран, заперта ли дверь, правильно ли брошено письмо и т. п. При навязчивом стремлении к порядку должен содержаться в особом порядке шкаф с одеждой либо письменный стол или каждодневные занятия должны выполняться в особой последовательности. Больной навязчивостью чистоты моет бесконечно руки, другие части тела, вплоть до мацерации кожи и невозможности делать что-либо, кроме мытья.

Больной сопротивляется этим навязчивым действиям, поскольку считает их бессмысленными, но безуспешно: если он прерывает контролирование, счет, мытье и т. п., то возникает страх, что случится что-то плохое, произойдет несчастье, он кого-то заразит и т. д. Этот страх только усиливает навязчивые действия, но никак не проходит. Особенно мучительны контрастные ассоциации между неприличными и «священными» представлениями, постоянный антагонизм между запретными импульсами и предписаниями этики.

Симптомы навязчивости имеют тенденцию расширяться. Вначале закрытая дверь проверяется 1—2 раза, а затем это дела-

ется несчетное число раз; навязчивый страх вначале направлен только на кухонный нож, а затем уже на любые острые предметы. Мытье рук осуществляется до 50 раз или еще чаще.

Частота. Легкие феномены навязчивостей проходят вне рамок психических болезней, особенно у ананкастных личностей. Преходящее акцентуирование ананкастных свойств встречается в период беременности, родов, при климаксе и постинфекционном истощении.

Более сильные проявления навязчивостей характеризуют невроз навязчивости, который возникает обычно во время пубертатного периода или вскоре после него. До 10-летнего возраста навязчивости встречаются редко, так как лежащий в их основе конфликт опирается на развитое чувство совестливости (Сверх-Я) и определенные возможности абстракции в мышлении. У маленьких детей тоже отмечаются стереотипные действия, но здесь речь идет о простых привычках; у аутичных детей привычки выражаются фиксацией на объекте и ритуализацией. К тому же такие дети не страдают. Страх приходит впервые в том случае, если кто-то мешает их ритуалу.

Имеются все ступени между нормально-психологической областью ананкастных феноменов и тяжелым прогредиентным течением, при котором проявления навязчивостей в конечном счете сужают жизненное пространство до невыносимых масштабов. Кроме неврозов навязчивостей, которые изначально и на протяжении всей болезни проходят с симптомами навязчивости, наблюдаются такие виды неврозов, которые начинаются со страха, депрессии или ипохондрической симптоматики, а позже переходят на феномен навязчивости или наоборот, но это бывает реже. Проявления навязчивости как симптом или признак личности принадлежат к наиболее частым невротическим нарушениям.

Важно знать, что симптомы навязчивостей встречаются и при психозах. Если меланхолия протекает с симптомами навязчивостей (в нескольких процентах случаев), то говорят об ананкастической депрессии (меланхолии); при этом можно думать о сочетании невроза навязчивости с меланхолической фазой. При шизофрении типичные феномены навязчивостей встречаются реже, они господствуют лишь в инициальной фазе заболевания. Навязчивые явления встречаются также при органических мозговых заболеваниях, преимущественно при поражениях ствола головного мозга, например после летаргического энцефалита в связи с экстрапирамидно-моторными нарушениями, при множественном склерозе, церебральных расстройствах кровообращения и при эпилепсии. При этом навязчивости переживаются больше как насилие и с меньшим чувством чуждости Я.

Под *болезнью навязчивости,* или злокачественным навязчивым синдромом, понимают болезнь, возникающую медленно и часто без определенного

повода, постоянно прогрессирующую и с прогностически очень неблагоприятной картиной, тяжелыми навязчивыми мыслями и действиями, вплоть до неспособности жить. Этиология этой болезни мало изучена, вероятно, в ней участвуют органические мозговые факторы.

Проявления навязчивости при различных психических заболеваниях показывают, что навязчивость — это самая частая и в конечном итоге неспецифичная форма реакции человека, как и страх, и депрессивность. Феномены навязчивости в целом не выводятся из причин, а обусловлены многими факторами.

Условия происхождения. То, что способствует неврозу навязчивости как фактору предрасположения, видно из семейного накопления, корреляций между ананкастной личностью и симптоматикой навязчивостей, а также между высокими показателями конкордантности у близнецов. Ананкастность — это почва, на которой симптоматика навязчивостей может возникнуть, но не обязательно. К тому же имеются и другие условия возникновения неврозов: с одной стороны, психодинамические, а с другой — органически-мозговые.

Иногда указывают на минимальную мозговую недостаточность, которая оценивается как причина частичной слабости деятельности психики и создает человеку трудности различения между «важным» и «неважным». Органический мозговой фактор в ряду условий встречается при неврозе навязчивостей чаще, чем при других неврозах. Об этом свидетельствуют слабо выраженные неврологические отклонения (особенно экстрапирамидные симптомы), легкая психоорганическая заинтересованность, патологические данные ЭЭГ и компьютерной томографии. Если у больного обнаруживаются подобные признаки, что объясняет его психодинамику, то это нельзя игнорировать. И наоборот, указание на психодинамические связи не дает оснований пренебрегать диагностикой органической патологии.

Структура личности человека с неврозом навязчивости определяется выраженным контрастом между Оно и Сверх-Я: сфера побуждений и совести к этому очень предрасположены. Ананкастный вид реагирования происходит в результате строгого воспитания, непреклонного соблюдения порядка и чистоты, сверхзаботливого приучения к чистоплотности в раннем детстве, запрещения реализации сексуальных побуждений и угрозы наказания как общей фрустрации детских потребностей, прежде всего эдипальных импульсов.

С психоаналитических позиций либидо во время *эдипальной фазы* детского развития фиксируется путем вытеснения на более ранней анальной фазе развития. Эта *регрессия*, интерпретированная соответственно этапам развития, является возвратом к магическому мышлению; магически окрашенные навязчивые действия должны устранить какие-то угрозы и страхи, которые возникают из неопределившихся и вытесненных сексуальных и агрессивных импульсов — тревожное опасение кого-то ранить (боязнь острых

предметов) перекрывает амбивалентно направленные побуждения (обращение в противоположность, *образование реакций*).

Навязчивое мытье символизирует очищение при сексуальном комплексе, а частое мытье — очищение от переживаемых с чувством вины агрессивных тенденций или от тех и других. Враждебность направлена первично против лиц, которые активно подавляли потребности ребенка. Агрессивные импульсы тем больше замещаются страхом, чем больше они распространяются на лиц, которые любят пациента. Эта двойственность усиливает совестливый страх. Многие навязчивые действия выдают характер тенденции самонаказания при наличии слишком сильно выраженного Сверх-Я, которое со временем перенимает функции тех запретительных инстанций, которые задерживают развитие побуждений.

Частое отвращение невротиков с навязчивостью к грязи имеет явно символический характер. Такое навязчивое действие, как мытье, может объясняться как вторичный защитный процесс: навязчивые представления как амбивалентное переживание сексуального «загрязнения» преодолеваются таким же способом, как и защитные действия с заместительной функцией, а именно навязчивым мытьем рук. При этом в отличие от других форм неврозов эффект страха не вытесняется, а остается в сознании (неосознанным остается лежащий в его основе конфликт); благодаря изоляции или вытеснению навязчивые представления и действия могут отделяться от страха, хотя это полностью не удается.

Отсюда следует, что больной с неврозом навязчивости субъективно страдает особенно тяжело, часто он серьезно депрессивен. Навязчиво-невротическая защита приносит облегчения меньше, чем конверсия. У таких больных наступает ананкастный вид невротической переработки конфликта, а не иной невротический процесс, что вытекает из предрасположения к реакциям навязчивости.

Грязь и беспорядок, уничтожение и хаос формируют, по антропологическому толкованию, мир, с которым больной навязчивостями пытается амбивалентно разобраться соответственными переживаниями.

Упомянутые феноменологические связи между навязчивостями, фобиями и ипохондрическими страхами находят подтверждение с антропологической точки зрения. Они могут рассматриваться как *танатофобический невроз* (Й.-Э. Мейер). В начальной стадии этого развития нередко распознается страх смерти, позже это расценивается как опасение умереть, а в последующем можно видеть переход к представлению о бренности существования в измененных образах: навязчивый страх перед болезнями, больными и мертвыми; страх причинить вред другому или убить кого-то; фобический страх перед головокружениями, сердечными приступами, обмороками, которые ограничиваются определенными обстоятельствами или ситуациями. Эти страхи и навязчивости покрывают проблему бренности, которая не только входит в тематику невроза, но и имеет патогенетическое значение.

С позиций *психологии научения* наряду с классическим обусловливанием в возникновении этих состояний участвует и оперантное обусловливание: попытка подавить навязчивости оживляет чувство страха; эта попытка упускает необходимость устранения страха; редукция страха является следствием подавления навязчивостей.

Классификация: F42 по МКБ 10.

Дифференциальная диагностика. Симптомы навязчивости в рамках меланхолии распознаются по специфически-меланхолическим нарушениям побуждений, витальным симптомам и фазному течению; несмотря на это, нередко *ананкастическая депрессия* неправильно диагностируется как невроз навязчивости. В начале шизофренического процесса могут господствовать навязчивости, что может послужить поводом для диагностических сомнений, которые исчезают по мере дальнейшего развития болезни. Принципиально следует различать *бред* и навязчивости: бредовые идеи не оцениваются больными как бессмысленные, больные солидарны с ними; у бредового больного в отличие от больного с навязчивостями отсутствует осознание их болезненного характера. Хотя такое понятийное разграничение очевидно, в практической диагностике встречаются трудности. Имеются бредовые больные с частичной критикой и с ощущением, что их бредовые переживания по существу бессмысленны, но они не могут от них избавиться. Хотя *навязчивость* и ощущается в качестве чего-то непреодолимого, принудительного, все же в этом случае речь идет не о принуждении, а о зависимости.

Течение и лечение. Феномены навязчивости склонны к расширению. Нелеченые неврозы навязчивостей в 3/4 случаев принимают хроническое течение. Но и после психотерапевтических мероприятий прогноз может быть неблагоприятным. В большинстве случаев удается установить психологические связи и заставить больного также осознать их. Но в таких случаях не всегда достигается лечебный эффект. Неврозы навязчивостей для психоаналитиков — это «самые любимые», но в отношении результатов терапии — «самые трудные дети». Многие больные подчеркнуто вежливы и во время лечения кажутся кооперативными, но за этим поведением кроется латентная агрессивность или труднодоступность из-за их застывшей и негибкой структуры личности.

Методом *поведенческой терапии* пытаются лечить *навязчивые действия*, больному объясняют необходимость осознать вызывающую страх ситуацию (возбуждающая экспозиция) и тем самым задерживать появление навязчивых действий как в социальной среде, так и во время лечебных сеансов. Цель лечения — избавление от симптомов болезни, что трудно достижимо. Уже редукция симптомов оценивается позитивно, и при этом принимается во внимание, что симптомы навязчивости имеют также защитную функцию против конфликтов и нарушений поведения. Партнер и родственники больного должны быть привлече-

ны к лечению, особенно к тренингу преодоления навязчивостей. Во время такой поведенческой терапии может всплывать биографический и психодинамический материал, с которым также необходимо обращаться психодинамически.

Лечить навязчивые *мысли* труднее. Лечение не ограничивается когнитивным методом «стоп-мысли», а создаваемая экспозиция служит также когнитивному построению альтернативного поведения; это родственно последующему «предписанию симптомов»: необходимости продолжать сознательно думать с определенными промежутками об определенных навязчивых идеях (по аналогии с парадоксальной интенцией). Результаты поведенческой терапии неврозов навязчивостей благодаря дифференциации ее методов стали благоприятнее.

Психофармакологически предпочитаются серотонинергические антидепрессанты, которые смягчают страх и депрессивность, а также редуцируют сами навязчивости. Транквилизаторы здесь менее эффективны, а вследствие риска появления зависимости их использование еще и сомнительно.

В целом неврозы навязчивостей не обязательно протекают неблагоприятно и не всегда рефрактерны к терапии. Нередкие препубертатные эпизоды навязчивостей имеют благоприятный прогноз и без лечения. Переходы к более серьезным и требующим лечения неврозам навязчивостей текучи. В подобных случаях отдаленные катамнезы свидетельствуют о выздоровлении или существенном улучшении в половине случаев. Конечно, и в этих случаях чаще всего речь идет о смягчении симптоматики с утратой динамики личности (невротическое резидуальное состояние). Но если даже выздоровление или стойкое длительное улучшение не достигается, нельзя недооценивать улучшения, которые нередко выражаются в утрате прогредиентности болезни.

Экскурс: синдром Жилль-де-ля-Туретта. Здесь также встречают сходные с навязчивостями феномены. Они связаны с тиками: непроизвольные и повторяющиеся быстрые движения-подергивания, особенно глаз, языка, шеи, также судорожное дыхание, подергивания в туловище и конечностях, которые частично удается подавлять. При перегрузках они усиливаются. С навязчивостями или с автоматизмами сходны вокальные симптомы: толчкообразные звуки, такие как кашель, лай, хрюканье и т. д., а также произнесение слов, особенно хулительного содержания (*так называемая копролалия*). Кроме того, наблюдаются навязчивые прикосновения к предметам. Также встречаются самоповреждения и суицидальные действия.

Расстройство начинается в детстве (чаще всего с тиков) и протекает хронически, часто волнообразно; у взрослых доминирует копролалия. Большинство больных, несмотря на нарушения, на удивление трудоспособны и активны.

Этиология неизвестна: наряду с органическими мозговыми факторами учитываются и психодинамические.

Лечение чрезвычайно трудное. Можно использовать нейролептики и антидепрессанты. Психотерапия может также помочь совладать с болезнью.

Нервная анорексия и булимия

Анорексия (букв.: затрудненный, ограниченный прием пищи) начинается в большинстве случаев в пубертатном или юношеском возрасте (сюда относится пубертатное стремление к голоданию) и медленно развивается с исхуданием и остальными симптомами (см. ниже). При этом встречаются эпизоды волчьего голода с прожорливостью, что называется *булимией* (букв.: волчий аппетит). С другой стороны, булимия может наблюдаться самостоятельно, однако тогда в анамнезе нередки периоды нервной анорексии. Если нервная анорексия и булимия сочетаются между собой, тогда говорят о нервной булимии или булимической форме анорексии. Еще не выяснено, идет ли здесь речь об одной или двух болезнях.

Нозология. Анорексию и булимию трудно ввести в систематику психических заболеваний. Они произрастают из условий развития неврозов, но по симптоматике ближе к психосоматическим заболеваниям, чем к неврозам. К тому же они имеют много общего с наркоманиями. К ожирению они относятся постольку, поскольку толстые люди хотя бы в своих мечтах должны быть булимичными. Нозологические связи простираются и в сторону депрессий (на это указывал еще Фрейд с психодинамических позиций), поскольку у аноректичных и булимичных больных можно обнаружить депрессивные эпизоды. Очень неблагоприятно протекающие анорексии могут напоминать психозы (см. ниже).

Частота. Анорексия, известная уже добрых сто лет, в последние десятилетия стала встречаться чаще. Болезнь обычно развивается между препубертатным периодом и серединой третьего десятилетия жизни. Она встречается у девочек и женщин значительно чаще, чем у мужчин (у последних — около 6 %). Булимия, которая как самостоятельное заболевание впервые была выделена в 60-е годы, в среднем начинается позже. У мужчин это заболевание не столь редкое (около 15 %). Точных цифр частоты и встречаемости нет.

Симптоматика. *Больные анорексией* снижают питание до минимума. Как на причины этого они указывают на отвращение к пище, невыносимое чувство переполнения и нежелание быть толстым. Многие едят только тайно и много пьют вместо еды. Таким образом, ведущий симптом — «искажающая, отвергающая

и непримиримая установка в отношении пищи» (Местер). Все, что связано с приемом пищи, проблематично и становится предметом объяснений.

Больные сильно худеют, в среднем до 45 % начального веса, на 25—35 кг. К такой кахексии может присоединиться брадикардия, понижение основного обмена, иногда отеки, но без авитаминоза. Потребность в движениях часто повышена. Одни выглядят бледными и старше своего возраста, у других может быть обманчиво свежий цвет лица. Часты запоры, которые используются как предлог для приема слабительного средства, способствующего дальнейшему похудению. Последствиями становятся нарушения электролитного баланса и вторичный гиперальдостеронизм. Реже возникают судорожные припадки. Многие принимают средства, подавляющие аппетит, нередко подобно наркотикам. Практически неизбежна вторичная аменорея, а частично также гипоплазия матки. У мужчин снижаются либидо и сексуальная функция, у женщин отмечается частичная гипоплазия гениталий.

Психически многие больные депрессивны, у некоторых отмечаются суицидальные тенденции, другие ведут себя оживленно и почти эйфорично, но за этим скрываются отчаяние и безнадежность. У многих бросается в глаза чрезмерное развитие энергичности и честолюбия; несмотря на свою кахексию, они остаются активными в учебе и в труде. Их честолюбие, как и вся болезнь, несет в себе нечто «саморазрушительное». На первом плане стоят объяснения с родителями и противодействие лечебным мерам.

При *булимии* больные поглощают большое количество любой доступной пищи (припадок прожорливости) быстро и едва пережевывая, чтобы этим вызвать рвоту; отмечается злоупотребление слабительными средствами. Они сознают болезненный характер своего состояния больше, чем больные с анорексией, часто бывают депрессивными. Обычно у них сохраняется вес и меньше соматических нарушений, чем при анорексии. Но и здесь нарушаются восприятия схемы тела и самоощущения.

Происхождение. Уже в 1873 г. впервые описавшие анорексию Гуль и Ласег отметили психогенез заболевания. Позже он был подтвержден. Тем не менее длительное время (даже и теперь) искали эндокринные и другие соматические причины.

Чтобы психологически оценить нарушение приема пищи, следует констатировать, что еда — это самая ранняя и витальная потребность человека, при еде и питье маленький ребенок впервые испытывает удовлетворение потребности и устранение неприятного чувства, а именно чувства голода. По глубинно-психологическому учению, еда означает приобретение. Для ма-

ленького ребенка еда — это единственная возможность чем-то обладать. Стремление обладать за счет другого воспринимается так же, как агрессия, которая становится источником переживания виновности. Притязательно-агрессивное чувство вины постоянно наблюдается у стремящихся похудеть. Еда — это не простой естественный процесс, а сложное поведение, которое вследствие направленности стремлений, а также семейных и других межличностных отношений легко поддается внешним влияниям и может нарушаться. Сосание и чувство удовольствия на губах и зубах связывают еду с эротическим возбуждением; из-за этого при приеме пищи могут выявляться вытесненные сексуальные побуждения вследствие регрессии на более низкую ступень развития.

Общее и особенно психосексуальное развитие у стремящихся к голоданию задержано. Установка на свое тело означает нарцистическую переоценку и проявляет амбивалентность: с одной стороны, сосредоточенность и повышенное внимание, а с другой — тревожная враждебность и дистанцирование от инстинктов. Пациентки не признают своей половой роли, роли взрослой женщины. Падение аппетита и рвоты означают отвращение к сексуальности. В процессе невротической регрессии может возникать неосознанная индентификация между едой и возможностью забеременеть, между прибавкой в весе и беременностью. С помощью похудения подсознательно отвергается не только возможность создания женских форм, но и беременность. В стремлении к похудению больная избавляется от необходимости быть чьим-то партнером и матерью. Психоаналитически здесь обнаруживается двухфазное вытеснение: поскольку психоневрологическое симптомообразование не достигает нужной степени защиты, к нему присоединяются соматические защитные процессы.

Регулярно ухудшаются отношения с матерью (вследствие существования нарцистических привязанностей), а также одновременно и с отцом по типу эдипального конфликта. Конфликты между родителями отражаются на анорексии детей, что относится к семейным привычкам в еде, а также в ней отражаются проблемы сексуальности, авторитетов и зависимости. Нередко встречается картина «семейного невроза», который выкристаллизовывается в анорексии у дочери — носительницы конфликта. Противодействие семьи врач встречает при анорексии столь резко, как ни при какой другой болезни.

У больных анорексией *мужского пола* с психодинамических позиций происходит конфликт между идеальным Я (детскость или бесплодность) и прогрессирующим развитием, а также значительная привязанность к матери и женская идентификация.

О психодинамике больных с чистой булимией пока известно мало.

Личностная структура больных анорексией и булимией не едина, навязчивые и истерические черты обнаруживаются наряду с депрессивными и шизоидными свойствами. Наблюдения за близнецами показывают довольно высокую конкордантность по анорексии у однояйцовых близнецов по сравнению с двуяйцовыми, поэтому следует учитывать наследственный фактор.

Психодиагностические и радиологические исследования позволяют предполагать у некоторых больных органическое мозговое расстройство. При исследовании обмена веществ и эндокринных функций обнаруживают данные, которые надо трактовать скорее как симптомы, а не как причинные факторы.

Степени тяжести и течение. Картина болезни может иметь любые степени тяжести и виды течения, от сравнительно безобидных, которые проявляются в юности аскетическим идеалом и сверхценными принципами «изящной фигуры», до самых тяжелых форм. Нелеченая анорексия протекает хронически рецидивирующим образом. Катамнезы дают 40 % ремиссий и 30 % существенных улучшений. При редукции остальных симптомов аменорея остается дольше всего. У ряда больных на смену страсти к похудению позже приходит страсть к медикаментам (*смена симптома*). Иногда при страсти к похудению встречается и страсть к воровству (клептомания).

Встречаются похудения, угрожающие жизни, с соответствующими соматическими осложнениями. Больные подвергаются опасности умереть вследствие нарушения обмена и интеркуррентных заболеваний, в крайних случаях вследствие похудения, а также суицидов.

В отдельных случаях наблюдаются психотические формы: эти больные имеют непреодолимое отвращение к телесному благополучию; они мало контактируют с окружающими, личность изменяется все больше и больше. Стремления и интересы ограничиваются. Конечные состояния очень сходны с резидуальными состояниями при шизофрении, часто с органическим психосиндромом. У мужчин такое течение с ранним началом, очень тяжелой клиникой и резидуальным состоянием встречается чаще, чем у женщин.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Диагноз устанавливают на основе патологических привычек в еде, других невротических симптомов, сопротивления лечению и ряда соматических симптомов.

Нервная анорексия, как длительное и требующее лечения заболевание, отличается от аноректических реакций. Последние возникают довольно часто в препубертатном и пубертатном возрасте, но быстро прекращаются, если не обращать на них внимания.

Дифференцировать приходится с эндокринными заболеваниями. Следует думать о гипофизарной кахексии или синдроме Шихена (определяется, кроме прочего, по электролитным нарушениям).

Классификация по МКБ 10: анорексия — F50.0, булимия — F50.1 и 2.

Терапия. В центре лечения стоит психотерапия. В ряде случаев необходимы соматотерапевтические мероприятия, особенно при резком исхудании. Изолированное соматическое лечение не показано: даже в угрожающих жизни состояниях соматотерапия должна сочетаться с психотерапией.

Многие больные анорексией и булимией могут лечиться амбулаторно, но часто необходимо стационарное лечение, особенно при выраженном похудении, нарушениях обмена веществ, выраженных депрессивных и суицидальных тенденциях, резистентности к терапии.

Поскольку из-за кахексии нужно давать больному высококалорийное питание, может быть показано питание через зонд; оно поставляет полноценное питание и избавляет от бесплодных попыток преодолеть нежелание больного питаться. Но питание через зонд должно проводиться только в порядке подготовки к психотерапии и только путем выработки установки на психотерапию. Взятое изолированно, оно в терапевтическом отделении не должно проводиться. Инфузионное лечение не требуется. Половые гормоны не показаны. Нейролептики показаны временно и в средних дозах, особенно при страхе и подавленности. В легких случаях нет нужды и в соматотерапевтических мерах.

Психотерапия. Центр тяжести в лечении анорексии лежит в психодинамической терапии (соответствующей названным условиям возникновения) и поведенческой терапии. Часто применяются оба вида терапии, частью последовательно, частью одновременно. Динамическая психотерапия отрабатывает описанные условия возникновения. *Поведенческая терапия* направлена не только на нормализацию веса тела, но и на отношение к собственному телу и к окружающему миру, особенно к приему пищи: твердо определенное количество калорий в день распределяется на 4—6 приемов пищи, между ними паузы отдыха под контролем, регулируемый ритм жизни, никаких стрессов. Все это объединяется в лечебных сеансах, которые ограничены во времени. В целом одного из этих видов терапии бывает недостаточно. Чем моложе пациентка или пациент, тем важнее привлекать к лечению родителей или всю семью, в том числе в форме семейной терапии.

Реакция на стресс

В отношении возникновения неврозов считается, что «внешние» перегрузки могут стать провоцирующими факторами, особенно если реактивируются прежние конфликты (на какое-то время компенсированные). Перегрузки не вызывают стойких

психических нарушений в смысле психических заболеваний. Это положение долгое время оспаривалось.

Это не означает, что перегрузки не действуют на психику. Угрожающие или подавляющие переживания, такие как несчастья или нападения, военные действия и природные катастрофы, могут вызвать не только страх и панику, но и «отупение» с неспособностью реагировать. При этом речь идет скорее о естественных реакциях, чем о неврозах, которые предполагают сложное внутреннее развитие. Подобные реакции кратковременны. В классификации МКБ 10 они указаны как «острые реакции на стресс» под F43.0.

Такие психиатрические научные мнения на основе нового опыта должны быть пересмотрены: чрезвычайно тяжелые и длительно сохраняющиеся соматические и психические перегрузки, которые были характерны для фашистских концлагерей, приводили к серьезным и стойким психическим нарушениям. (Следует также вспомнить о последствиях выраженной раннедетской депривации.) После того как была описана клиническая картина изменений личности под действием экстремальных перегрузок, возникла тенденция определять связь с психическими последствиями и других тяжелых стрессов, что в большинстве случаев малооправданно. К этим попыткам относится также новая концепция посттравматической стрессовой реакции в американской психиатрии.

Посттравматическая стрессовая реакция. Последствия *стрессового* в смысле события исключительно угрожающего и катастрофического характера при природных происшествиях, тяжелых битвах во время войны, а также истязания, пытки и сходные с ними действия (в эту концепцию включается опыт вьетнамской войны).

Симптоматика состоит из тревожных воспоминаний и сновидений, эмоциональной притупленности и равнодушия к другим людям, потери дружелюбия и утраты активности. Характерны постоянно возвращающиеся воспоминания о стрессовой ситуации (повторные инсценировки).

Течение описывается как протрагированное и рецидивирующее; прогноз в большинстве случаев благоприятный, однако могут остаться стойкие изменения личности.

В возникновении следует учитывать, что речь идет (хотя и не всегда) о людях с преморбидными невротическими и личностными нарушениями, создающими повышенную ранимость. Однако психическая травматизация является непременным условием.

Нозология и классификация. Таким образом, речь идет не о неврозах в узком смысле слова, а о родственных им нарушениях, которые раньше называли травматическими неврозами или краевыми неврозами. В МКБ 10 они проходят под F43.1.

Следует добавить, что при так называемой посттравматической стрессовой реакции больше внимания обращают на события, чем на переживания, и что субъективный фактор исследовался мало, и картина болезни определяется скорее понятийно, чем клинико-эмпирически, и не соответствует категориальным и юридическим канонам (вопрос о компенсации вреда!).

Изменение личности после катастрофы (экстремального стресса)

Возможность сопротивляться внешним стрессам или реагировать на них преходящими психическими нарушениями касается и тех стрессов, которые были вызваны длительным заключением в концлагерях, оставивших у части узников стойкие психические расстройства. Такие нагрузки относятся к психореактивным нарушениям, если не к неврозам в узком смысле слова.

Экстремальный стресс. В концлагерях чрезмерные стрессовые нагрузки были вызваны длительностью пребывания, неблагоприятными гигиеническими условиями и недостаточным питанием, тяжелой работой, болезнями и издевательствами, а о зверствах здесь можно и не распространяться. Глубокие душевные потрясения связаны прежде всего с постоянным страхом смерти, сопереживанием разделению и убийствам близких, постоянными полными презрения издевательствами и столкновениями с холодной бюрократической машиной уничтожения. Самым тяжелым переживанием было унижение личности, а при расовых преследованиях — также всей истории целого народа и его духовной общности. Это «уничтожение», эта «аннигиляция» полностью лишали смысла и ценности личное и социальное существование, а бесконечность непереносимой ситуации (Байер) представляет такой чрезмерный стресс, какой психиатрия до той поры не знала. У детей этим сильнейшим травмирующим фактором было переживание хронического страха за своих близких.

К пережитым в концлагерях перегрузкам позже присоединилось следующее обстоятельство: возвратившиеся узники лишились корней существования. В новом жизненном пространстве им было трудно приспособиться. Многие потеряли родных, были изолированы и испытывали чувство вины, что они «незаслуженно» остались в живых. Многие из них живут теперь в странах, где стиль жизни совершенно иной, чем на их прежней родине (например, восточные евреи в США). Включение этих людей в совершенно новое окружение становится дополнительной проблемой.

Симптоматика. Долго сохраняющаяся психопатологическая симптоматика состоит прежде всего из хронического страха, депрессивных расстройств, астенического недостатка деятельности

и во многом из вегетативных нарушений. Понятие невроза здесь вряд ли приложимо, следует говорить о переструктурировании личности или об обусловленных переживаниями сдвигах личности. Утрата уверенности в себе, озлобление и уход в себя накладывают отпечаток на все области жизни и поступки этих людей.

Многие из них не могут работать под чьим-то руководством, поскольку они реагируют чувством страха на любого, кто старается ими распоряжаться. Поэтому они меняют места работы или работают самостоятельно (например, в маленькой мастерской), часто ниже уровня их возможностей и образования, с недостаточным доходом. Другие становятся неспособными к доверительным межчеловеческим отношениям и преданности, что особенно пагубно отражается на семейных отношениях, особенно если супруг также был из числа преследуемых и общее страдание было лейтмотивом выбора супруга. Больше всего страдают эти преследовавшиеся от окрашенных страхом воспоминаний о ситуации в концлагере, которая постоянно остается в сознании или заново переживается в кошмарных сновидениях. Переживания преследования не могут быть ни забыты, ни вытеснены. К этому добавляется чувство вины «незаслуженно оставшегося в живых».

Ставшая хронической симптоматика страха для психических последствий столь характерна, что она называется ядерной симптоматикой или *синдромом преследования.* Наиболее часто она встречается у преследовавшихся в среднем возрасте; для людей старшего возраста более характерны депрессивные расстройства, часто связанные с органически-невротическими нарушениями. Другие психопатологические синдромы у преследовавшихся более редки. Относительно редко встречаются вспышки психоза (в основном с галлюцинаторно-параноидной и депрессивной, реже кататонической или иной симптоматикой) во время преследования, вскоре после него и после латентного периода в несколько лет.

У детей, если они вообще пережили преследование, поздняя симптоматика ориентирована на возраст, в котором это преследование происходило. Преследование в раннем возрасте сказывается прежде всего на способности к контактам и на социальной самостоятельности. Если преследование пришлось на препубертатный и пубертатный возраст, симптоматика болезни все больше напоминает синдром преследования взрослых (Лемпп).

Катамнезы у лиц, преследовавшихся в детском и подростковом возрасте, показывают, что у них, даже в возрасте между 50 и 70 годами, после длительного латентного периода могут появиться описанные расстройства; здесь речь идет о декомпенсациях при сниженной сопротивляемости, которую надо рассматривать как последствия преследования.

Диагноз. Анамнез и такая ведущая симптоматика, как страх, депрессия и снижение активности, выражены столь характерно, что диагноз изменения

личности, обусловленного этими переживаниями, не представляет затруднений. Опытные авторы едины во мнении, что здесь речь не идет о рентных неврозах. Это исходит из того положения, что синдром преследования наблюдался и описывался раньше, чем встал вопрос о возмещении ущерба. Сознательные рентные тенденции у жертв преследования встречаются реже, что не исключает некоторую акцентуацию своих переживаний в целях разъяснения ситуации собеседнику.

Дифференциально-диагностически следует думать, с одной стороны, о последствиях травматических и дистрофических повреждений мозга, а с другой — о невротических патологических реакциях и развитиях личности. Первые должны получать возмещение, поскольку эти состояния обусловлены преследованием. Вторые состояния в ряде индивидуальных случаев бывает определять трудно.

Классификация. F62.0 по МКБ 10.

Терапия. На страх и депрессию этих больных повлиять трудно. Но даже в тех случаях, когда личностные сдвиги в общем необратимы, показаны психотерапевтические и медикаментозные меры. Важнее всего социотерапевтические мероприятия с целью вовлечь больных в жизнь и достичь профессиональной реабилитации.

Экспертиза. Длительные психические нарушения после экстремальных стрессовых нагрузок представляют исключение из научно обоснованных психиатрических постулатов, согласно которым внешние нагрузки не ведут к стойким психическим нарушениям. Компенсация за обусловленные преследованиями расстройства здоровья регулируется законом ФРГ о компенсациях (1956 г.). Оценки эксперта в этих случаях отличаются от таковых при экспертизе призрения и несчастных случаев.

Так называемые рентные неврозы

После несчастных случаев и сходных с ними событий могут появляться жалобы и нарушения, которые как бы непосредственно вытекают из последствий несчастного случая. При этом речь идет не об обмане (симуляции), а о частично неосознаваемых тенденциях, преувеличенных представлениях и их усилении (аггравация).

Симптоматика. Жалобы и нарушения сходны с конверсионными реакциями; наряду с соматическими жалобами появляются ипохондрические нарушения и депрессивное настроение.

Возникновение. В самых простых случаях речь идет о тенденциях к объяснению, особенно когда больной свои действительные жалобы старается недостаточно обоснованно связывать с последствиями травмы (действительными или мнимыми).

Часто появляется желание добиться (высокого) финансового возмещения в форме вспомоществования или ренты. В этих ситуациях необходимо обращать внимание на жизненную ситуацию потерпевшего, так как такие тенденции к возмещению об-

наруживаются скорее у людей с неудовлетворительной личностной или профессиональной ситуацией; тогда компенсация или рента должна стать медицинским обоснованием оправдания собственной неполноценности. В нашей безбрежной системе страхования и компенсаций имеются даже случаи рентных неврозов у детей, когда возникают рентные тенденции у родителей, и дети (осознанно или бессознательно) им подражают.

К тому же встречается порочный ипохондрический круг: страх болезни — неприятные ощущения — усиление страха болезни. Иногда возникают кверулянтские тенденции.

Диагноз. Многословное описание болезненных ощущений, жалобы без конца, театральное предъявление затруднений и недостаточности, демонстративное поведение во время обследования заставляют подозревать тенденциозную рентную реакцию, но не позволяют еще основывать этот диагноз на подобных впечатлениях. Диагнозу должно предшествовать тщательное соматическое обследование с помощью всех возможных технических средств, с желательным привлечением специалистов других областей, чтобы исключить органические последствия несчастного случая и отграничить органически обусловленную часть предъявляемых жалоб.

Эти так называемые рентные неврозы необходимо отграничивать от реакций на катастрофу.

Классификация: по МКБ 10 в большинстве случаев подпадает под F68.0.

Экспертиза. Должны быть возмещены убытки от прямых последствий несчастного случая (при этом и возможные психические нарушения), но не оплачиваться тенденциозные рентные реакции и невротические развития.

Терапия и профилактика. Совершенно обязательна непредвзятость контакта с жертвой несчастного случая. Доброжелательность врача может устранить аггравацию. Важно также немедленное решение вопросов о компенсации ущерба и пенсии. При этом только часть этих пациентов нуждается в дальнейшем лечении: социотерапевтические мероприятия для социальной и профессиональной реабилитации или психотерапия при ипохондрических или депрессивных реакциях.

Неврозы и конфликтные реакции в позднем возрасте

Как в раннем, так и в позднем возрасте конфликтные реакции и неврозы составляют значительную часть психических нарушений. Неврозы могут продолжаться всю жизнь, до старости. Конечно, во многих случаях их симптоматика к старости ослабевает. Первые манифестации неврозов в старческом возрасте не отмечаются (хотя актуальные конфликтные реакции часты и у стариков).

Ослабление невротических проявлений с возрастом относится не только к конверсионным симптомам (истерическим реакциям), но и к невротической симптоматике страха и навязчивостей. Здесь следует указать на такие детали в описании неврозов, особенно при формировании резидуальных состояний, когда в результате сужения витальности и широты переживаний больной может достигать терпимого состояния с обратным развитием мучительных невротических нарушений. Эти сдвиги следует учитывать, когда говорят об относительно благоприятном течении неврозов в позднем возрасте. Таким образом, становятся понятными эпидемиологические данные, что в старости половина больных неврозами выздоравливает, а состояние остальных во многом улучшается.

Однако имеются и хронические неврозы, которые к старости мало изменяются. Депрессивные, ипохондрические и апатические состояния — это наиболее частые их синдромы. Поскольку они принадлежат к «более тихим» синдромам, то с трудом обнаруживаются. Отягощающим фактором является увеличивающаяся общая болезненность. В старости неврозы могут иногда давать обострения. Непреодоленные проблемы из детства и юности, неразрешенные конфликты с одним (часто давно уже умершим) из родственников могут и в позднем возрасте дать выраженную динамику и привести к тяжелым депрессивно-невротическим расстройствам.

Определенные черты личности могут проявляться с возрастом сильнее. Из любви к порядку формируется педантичность, из бережливости — скупость и т. д. (гипертипические изменения личности). Наряду с нарастающими органическими мозговыми факторами этому способствует сужение круга жизненных интересов. Соответственно объясняются и *расстройства личности*; но чаще в позднем возрасте расстройства личности облегчаются.

Конфликтные реакции, как и ожидается, с возрастом чаще относятся к изменениям условий жизни и переживаниям потерь. Реакции печали возникают чаще, чем в молодости. Предпочтительными нарушениями наряду с депрессивными и тревожными состояниями являются ипохондрические опасения и функциональные соматические жалобы. По различным причинам преодоление конфликтов с возрастом затрудняется: вследствие соматических расстройств и ослабления познавательных функций, вследствие социальной ситуации (см. ниже). Далее идут уменьшающиеся с возрастом возможности компенсации в других сферах психики и не в последнюю очередь — падение уверенности в себе и изменения уровня ценностей по сравнению с юностью.

Экскурс в поздний возраст. Как и в ранних возрастных периодах неврозы и конфликтные реакции нечетко отделяются от «здоровых» или «нормальных» переживаний, так и у стареющих и старых людей имеются текучие переходы между этими состояниями. Поэтому при клинико-психиатрических исследованиях должны рассматриваться возрастные особенности в их психологическом, социологическом и антропологическом аспектах.

Много обсуждаемые большие ожидания от жизни — это не столько общественно-политическая (изменения возрастных пирамид), сколько непосредственно индивидуально-личностная проблема, с большим значением пережитых в жизни событий. Так называемый третий период жизни составляет ныне 20—30 лет; для многих он начинается довольно рано, в возрасте 60 лет при утрате общественных и семейных обязанностей. При вступлении в эту фазу большинство людей чувствует себя относительно здоровыми, так что эта фаза называется «молодая старость». В своем состоянии эти люди не чувствуют каких-либо изменений (даже если они соглашаются, что выглядят далеко не так уж молодо) и свои возможности считают достаточными, к тому же на седьмом десятке лет материальные возможности часто бывают лучше, чем в молодости.

И все же нельзя не видеть, что жизнь изменилась. Особенно важными рубежами становятся разлука с детьми и окончание трудовой деятельности. Недели, да и весь год теряют привычный ритм, структура времени утрачивает однозначность. Прежние поиски свободного времени превращаются в его избыток, что наводит скуку.

Здесь необходимо упомянуть современные теории старения: теория невостребованности видит нормальным снижение социальных контактов соответственно возрасту. Теория активности, со своей стороны, подчеркивает, что удовлетворение достигается только при сохранении активности. Обе эти теории столь мало удовлетворительны и мало приемлемы, что возникла теория модифицированной интеграции возраста в процессе социализации (Томас и Лер).

Она исходит из представления, что и поздний период жизни является фазой развития, а не просто состоянием. Многие люди составляют дальнейшие жизненные планы, что требует новых размышлений и решений. Если поддерживать положительные возможности развития в позднем возрасте, то можно усилить самозащитные силы и возможности выполнения относитель-

но новых задач, что поддерживает соответствие возможностей здоровья и складывающейся ситуации. Эти позитивные перспективы противостоят (особенно это распространено в западном мире) *негативным стереотипам*, свойственным старому человеку (*агеизм*). Общество с переходной ориентировкой деятельности скорее затормаживает позитивные склонности. Старый человек там легко становится манекеном. Он должен знать свою роль в том, что уже не играет никакой роли (так называемая социальная смерть).

В аспекте психического развития необходимо отметить, что и в этой фазе жизни зияет разрыв между календарным возрастом и самооценкой. И здесь, аналогично задержке у детей и подростков, происходит асинхронное возрастное развитие: например, при склонности к снижению физической витальности остается незатронутой психическая живость или, наоборот, при отличном здоровье падает инициативность и сужается круг интересов. Если при сохранности потребностей на фоне прежнего физического состояния падают сексуальные возможности, с этим связывается проблема «уже не быть молодым». При этом можно только обозначить виды возникающих в этом возрасте конфликтов, в том числе и с вовлечением родных и близких.

«Нужды второй половины жизни совсем не те, чем в первой ее половине. В жизни обретаются очертания конца. Вряд ли уже можно ожидать счастливых поворотов судьбы, новых межчеловеческих отношений. Внешние рамки жизни определяются все четче. С падением физических сил и все более многочисленными физическими и психическими трудностями собственный конец жизни надвигается все ближе, как личная реальность. Взгляд в прошлое, с одной стороны, и скорая встреча с умиранием и смертью — с другой, становятся основными темами этой фазы жизни» (Й.-Э. Мейер).

Чем больше на первый план выступают слабость функций, трудности и болезни, чем больше нарастает констатация психического упадка, чем более неизбежным становится социальное снижение и тягостная зависимость, тем больше укрепляются элементы конца и смертности в смысле «растянутой смерти» (жизнь для смерти, по Григорию Великому). Как переживаются эти ограничения, как они воспринимаются, зависит от различных факторов: с одной стороны, от пережитых ранее затруднений и ограничений, а с другой — от полноты жизни, которая была прожита в предшествующей фазе.

То, что здесь кратко изложено о возрасте и старении, формирует основы для психотерапии стареющего и старого человека и пополняет возможности профилактики.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Общая часть

О расстройствах личности говорят тогда, когда структура личности вследствие резкой выраженности определенных свойств столь акцентуирована, что это становится причиной серьезных страданий и (или) конфликтов.

Отклонения от здоровой психической жизни связаны не столько с наличием этих специфических свойств личности,

сколько с их выраженностью и доминированием. Неуверенность в себе, например, вряд ли чужда каждому из нас: она служит обычным психическим проявлением и в определенной степени свойством человека. При чрезмерной же выраженности она становится стесняющей и затрудняющей жизнь. Тогда говорят о неуверенной в себе или сенситивной патологической личности.

Терминология. Раньше говорили о психопатиях и психопатах, о психопатических и акцентуированных личностях. Эти понятия, равно как и предшествующие им анетопаты, социальный паразитизм, моральная дефективность, приобрели уничижительное звучание. Многие описания, в том числе и новые дефиниции расстройств личности, читаются как каталог отрицательных человеческих свойств и фигурируют в качестве контраста желательной личности (Й.-Э. Мейер). Психиатры должны относиться к этой терминологии осторожно. Расстройства личности — это не только новое и свободное от оценок понятие, оно содержит и измененную концепцию, как это будет показано ниже.

Распространенность. Показатели распространенности расстройств личности значительно варьируют, что определяется в основном трудностями отграничения их как от здоровья, так и от неврозов. По данным немецких и зарубежных исследователей, среди населения в среднем насчитывается около 5 % лиц с расстройствами личности.

Условия возникновения. Среди родственников чаще встречаются сходные расстройства, чем среди населения вообще. Среди биологических родственников отмечается значительно больше расстройств личности, чем в приемных семьях (в случаях усыновления). Исследования близнецов показывают многократно более высокую конкордантность среди однояйцовых близнецов по сравнению с двуяйцовыми. Эти данные (которые указывают не просто на неблагоприятную наследственность, а на роль генетической неполноценности) соответствуют постулатам психологии развития: уже в первые недели и месяцы жизни ребенка можно констатировать существенные особенности аффективной структуры личности, которые со временем становятся более определенными и стойкими.

Факторы предрасположения интерферируют с условиями развития, на которые также следует обращать внимание, их значимость аналогична врожденным факторам. «Так, полезно выяснять, как выглядит переработка импульсов и влечений, в чем состоит функция Я, какие защитные механизмы используются в процессе формирования функций Сверх-Я и идеального Я описанных нами патологических типов» (Куипер). Детали условий возникновения описываются при каждой из форм.

Поражения мозга в перинатальный период (диагностирующиеся как минимальная мозговая дисфункция) могут также

принимать участие в формировании расстройств личности, как при неврозах и других психических заболеваниях. Суммируя, можно сказать, что происхождение расстройств личности обусловлено многими причинами.

Нозология. Лица с расстройствами личности часто проявляют невротические реакции, а больные неврозами в свою очередь обнаруживают исходные признаки расстройств личности. Следовательно, нельзя проводить резкую грань между расстройствами личности и *неврозами*, поскольку здесь речь идет не столько о разных типах личностей, сколько о разных их аспектах: в первом случае описываются типы личности, а во втором подчеркиваются психодинамические этапы развития. Расстройства личности идентичны с неврозами характера (новые определения — ранние нарушения, структурные нарушения Я), т. е. подразумеваются одни и те же личности: ананкастные, шизоидные, истерические, депрессивные и сенситивные. Другие расстройства личности определяются на основе форм невротических реакций (например, уклончивое или пассивно-агрессивное расстройство личности).

Отношения между расстройствами личности и *психозами* иного рода. Прежние мнения, что расстройства личности — это утонченные формы психозов или же что психозы — это экстремальная степень расстройств личности, не выдержали проверки временем, хотя многие современные термины употребляются в обоих случаях (например, параноидный, циклотимный). Нет строго определенных отношений между шизоидными расстройствами личности и шизофренией или циклотимическими расстройствами личности и аффективными психозами, да и у заболевших психозом людей находят разные исходные типы личностей и расстройств личности. Поэтому следует пользоваться такими понятиями, как циклотимическое, шизотимическое и пограничное расстройства личности. *Пограничное расстройство личности* не означает того же, что и пограничное как психоаналитическая конструкция Это малоудачная попытка описать на поведенческом уровне тип личности, который очерчивается столь неспецифично, что его лучше представлять описательно. В детстве и юности имеет смысл описывать диагноз пограничного состояния как фазную форму психических нарушений и реакций, свойственных лишь этому периоду.

Диагноз. «Расстройство личности», взятое изолированно, — это не осмысленный диагноз. Даже тщательно определенное расстройство личности не означает еще полноценную диагностику. Диагноз расстройства личности имеет значение лишь в связи с дальнейшим предсказанием, которое заключается в основном в обозначении болезни или по меньшей мере синдрома. Даже такие диагностические классификации, как МКБ 10, требуют многостороннего диагноза. Такие формулировки, как психовегетативный синдром при астеническом расстройстве лично-

сти, суицидальная попытка при депрессивно-истерическом расстройстве личности, меланхолия у сенситивной личности и т. п., диагностически конкретны и информативны, а также полезны для определения показаний к терапии.

Только в судебной психиатрии «расстройство личности» может быть рассмотрено в полном смысле слова как единственный диагноз. Однако личностная диагностика преимущественно должна избегать недопустимого типирования.

У детей и подростков, личность которых еще не сформировалась, диагноз расстройств личности не ставят.

Течение. Расстройства личности — это не абсолютные величины, которые проявляются одинаково. Нарушенное поведение оценивается только в отношении определенных жизненных обстоятельств. В критических жизненных ситуациях, характерных для данного расстройства личности, они выявляются сильнее, в других условиях скрадываются. Катамнестические исследования в Германии и Швейцарии дали в основном совпадающие результаты. Хотя признаки личности в течение жизни остаются качественно неизмененными, степень их выраженности на разных этапах жизни и в разных жизненных ситуациях различна. У некоторых людей расстройства личности с возрастом ослабевают. Требующие лечения кризы, которые при разных видах расстройств личности различны по частоте, у женщин возникают чаще, чем у мужчин, развиваются преимущественно в юном возрасте, а с возрастом встречаются все реже. При этом симптоматика их многообразна и не для каждой личностной структуры специфична. Расстройства настроения встречаются как у истерических личностей, так и у депрессивных, а у астенических личностей они особенно часты. Так называемые истерические реакции (конверсионные симптомы) наблюдаются не только у истерических личностей, но, хотя и реже, и при других личностных расстройствах. И вегетативные, и психосоматические синдромы возникают при всех расстройствах личности в кризисных ситуациях. Лишь синдромы навязчивостей тесно связаны с ананкастными расстройствами личности. Новые симптомы во второй половине жизни не возникают.

Если суммировать психологические, медицинские и социальные данные, можно отметить, что вопреки прежним воззрениям жизнь этих людей вовсе не отмечена только печатью неудач, конфликтов и врачебного вмешательства, а в большинстве случаев обнаруживает длительную борьбу за существование. По одной

трети распределяются у них неблагоприятная жизненная кривая (в том числе суициды), благоприятная судьба и полная компромиссов жизненная борьба.

Резидуальные состояния при расстройствах личности и неврозах. Для борьбы за существование со стремлением к компромиссам обычным является то, что эти люди росли с ограниченным узким кругом притязаний. Необходимое приспособление достигается только за счет ограничения круга отношений со средой и установления равновесия за счет потери витальности (невротические и психопатические резидуальные состояния). Но эти личности находят в общем — и это надо подчеркнуть вопреки распространенному неблагоприятному мнению — в рамках их возможностей достаточно полное или хотя бы сносное существование.

При этом, как упомянуто, может наступить падение витальности личности и сужение круга отношений с людьми не только после длительного и волнообразного течения. Эти изменения становятся затем стационарными, поэтому их следует обозначать как *резидуальные состояния*. Термин «резидуальный» заставляет думать о наступившем дефекте после органического мозгового поражения или в результате шизофренического психоза. Однако в описанном смысле он имеет характерные черты при неврозах и расстройствах личности.

Пациенты представляются в своей спонтанности и активности обедненными. Они проявляют мало инициативы и сил для сопротивления, живут отчужденно и страшатся всего необычного и нового. Гибкость и честолюбие падают. Часто они работают в подчиненном положении, у многих снижается профессиональный уровень и они довольствуются местом, не соответствующим их образованию. Они работают хотя регулярно и достаточно, но спустя рукава, без вдохновения. Стремление к авторитету и власти хиреет. Духовные интересы падают так же, как и миросозерцание и религиозные связи. Хобби приходит в упадок, круг знакомств ограничивается, они выходят из своих сообществ. Даже повседневными делами и политикой они интересуются меньше. Супружество внешне не нарушается, они живут рядом со своим супругом, прилагая усилия к общению, часть их даже сохраняет сексуальные отношения. Настроение подавленное, у некоторых ворчливое и возбудимое.

Этим регрессом достигаются освобождение от прежних непреодоленных конфликтов и определенное душевное равновесие, во всяком случае ценою витальности личности и широты внешних связей. У многих, хотя и не у всех больных, это обеднение связывается с чувством облегчения. Именно с этим связано относительное облегчение течения болезни в старости.

Ограничение — это попытка преодоления, которая, как и сходные защитные невротические механизмы — вытеснение и

отодвигание, при разных условиях достигает своей цели более или менее успешно. Вызывающие конфликты конфронтации вследствие падения энергии уже не достигают прежних высот. Поскольку пациент достигает такого способа жизни, разъясняющая психотерапия в целях переструктурирования уже не показана.

Разграничение. С появляющимися после органического повреждения мозга синдромами — диффузными и локальными психосиндромами, с шизофренической потерей потенциала — невротические и психопатические резидуальные состояния имеют лишь внешнее сходство. Общее в них лишь то, что поражены преимущественно потребности и напряжение сил. Симптоматические же различия значительны. Дифференцируют с патологическими возрастными процессами: невротические резидуальные состояния возникают раньше, до пресенильного и сенильного возраста; кроме того, не отмечается психических и соматических признаков повреждения мозга.

Специальные формы

Ананкастные личности

Ананкастные (склонные к навязчивостям) личности во всех жизненных областях проявляют сверхточность — от порядка в шкафу для одежды, педантичного соблюдения распорядка дня и бережливого, основательного ведения хозяйства до межчеловеческих отношений, этических принципов и религиозных установок. Все должно сохранять порядок, беспорядок даже в малом для них невыносим. Они имеют выраженную совестливость (сильное Сверх-Я); во многих профессиях ценятся благодаря своей надежности, но могут стать рабами своей скрупулезной совести. Они входят в конфликт скорее сами с собой, чем с окружающими. Некоторые из перечисленных признаков соответствуют описанному Фрейдом анальному характеру, который определяется сверхпорядочностью, бережливостью и упрямством. Ананкастные неврозы характера — это определение для того же круга больных, что и ананкастные расстройства личности. Переход к неврозу навязчивости плавный.

Классификация: F60.5 по МКБ 10.

Здесь особенно отчетливо видно, что сущность расстройства личности основывается не на каких-то ее новых свойствах, а на их заострении и доминировании в психическом статусе. Привычки, рутинная деятельность и ограниченность времени освобождают человека от решений в банальных повседневных делах, делают его свободным для решения серьезных вопросов. Даже ритуализация в детских играх по Эриксону служит тому, чтобы устанавливать и поддерживать стереотипы поведения, особенно в межчелове-

ском окружении. Без «принудительного» поведения вряд ли были бы плодотворны четкие отношения с реальностью. Чем меньше уверенна и решительна личность, тем больше она нуждается в последовательном порядке. Подчеркнутая аккуратность свойственна не только ананкастным, но и многим другим личностям, особенно астеническим и сенситивным. Она меньше рассматривается здесь как свойство радикала личности, меньше в динамическом аспекте, а больше как компенсаторный процесс: если кто-то в жизни чего-то не может достигнуть и не может преодолеть, то он особенно позитивно оценивает те жизненные обстоятельства, которые может поддерживать «в порядке». Внешний порядок — это остов, без которого самостоятельность сохранять трудно. Ананкастная форма существования, при которой такая реактивная готовность особенно выражена, родственна сенситивной структуре; общее для них — неуверенность в себе и нерешительность.

Лечение исходит из тех же принципов, что и для сенситивных личностей. Значение психореактивных факторов для ананкастного развития обсуждается в разделе неврозов навязчивостей, где изложены показания к психотерапии.

Депрессивные личности

Депрессивные личности — тихие и сдержанные, действуют замедленно и подавленно, часто обнаруживают пессимизм или в крайнем случае скепсис. Они мало чего ждут для себя от жизни. О себе говорят неохотно, окружающие мало что знают об их сокровенной жизни. Депрессивные структуры могут скрываться под маской хладнокровия и уравновешенности. Наряду с такими флегматиками встречаются угрюмо-депрессивные, пессимизм которых отличается брюзгливостью, ворчливостью и сарказмом. Профессионально они обычно солидны и прилежны, но стараются не мозолить глаза; они редко достигают высокого положения.

Классификация по МКБ 10: F34.1 (в качестве так называемой дистимии).

Чтобы избежать недоразумений, нужно подчеркнуть, что между депрессивной структурой личности и депрессивным психозом (эндогенная депрессия, меланхолия) нет тесных взаимоотношений, равно как и с депрессивными реакциями. Определение «депрессивный» вводит в заблуждение, но в жизни оно употребляется. В немецком языке точно различаются хладнокровный характер и грустное настроение в психозе.

Депрессивная структура личности и депрессивные неврозы характера — это в основном клинически одинаковые расстройства. Депрессивный невроз (или невротическая депрессия) отличается только тем, что к описанной структуре личности добав-

ляются клинические симптомы расстройств настроения; границы их как клинически, так и понятийно размыты.

Для развития депрессивной структуры наряду с предрасположенностью важны детско-родительские отношения, прежде всего наличие стойкой, с сильной амбивалентностью привязанности к матери, которая не способствует развитию самостоятельности ребенка. Из-за отрицательного переноса ребенка пугает возможность потери человеческой привязанности, а также страшит необходимость самоопределения. К кризам приводят чаще всего нарушения во взаимоотношениях с родителями, жизненные потрясения и другие конфликты в межчеловеческих отношениях.

В *психотерапевтическом лечении*, которое приходится проводить длительно, речь идет прежде всего о проработке тематики отрицательного переноса, становлении самостоятельности и вытеснении агрессивности.

Истерические личности

«Истерическая личность испытывает потребность перед собой и перед другими казаться больше, чем она есть на самом деле». Так определяется в целом этот вид расстройства личности. Ясперс, автор этой цитаты, продолжает: «... переживает больше, чем способен переживать. На месте обоснованных истинных переживаний с их естественным выражением выступает притворное, артистическое, вымученное переживание...» При этом у подобных людей возникают живые фантазии и способность к бьющим на эффект представлениям: впечатляющие выступления, демонстративные страдания и другие способы привлечь к себе внимание. Не всегда распознаваемый артистический элемент, давший повод к созданию нового термина «гистрионное нарушение личности», отражает только поведение больных. На нарушения переживаний больше влияют поиски признания.

Термин «истерический» употребляется с древних времен, но понимается очень различно, и в конце концов в обывательском словаре он превратился в бранное слово. С точки зрения психиатрии под «истерическим» наряду с характерными признаками поведения понимают также определенную психодинамику. От истерических личностей отличают истерические реакции, которые лучше называть конверсионными реакциями или диссоциативными нарушениями, встречающимися и не у истерических личностей. «Истерия» в старом психиатрическом понимании — это болезнь, которую можно изобразить.

Что касается усилий в поисках признания и изображения переживаний, то их надо понимать как попытки компенсации своей осознаваемой неполноценности. Способы, применяемые при этом для выражения чувств, соответствуют желательной картине собственной личности и производят впечатление неестественности.

Примерами могут служить невероятные рассказы о важных событиях и невероятных несчастьях, о несчастливой любви, о насилиях и обольщениях. Не все, о чем сообщается, было действительно пережито, в том числе и в том виде, как это представляется, но в фантазиях изображается столь живо, а при повторных рассказах так обрастает деталями, что истеричный человек сам начинает в это верить. Тематически чаще всего используются прежние непреодоленные переживания.

У истериков могут развиваться нарушения личности разного рода, а психозы при них встречаются чаще, чем при других нарушениях. Истерические проявления могут встречаться и в ничем не примечательных семьях. Истерическое поведение проявляется часто уже в детском возрасте, прежде всего в повышенном требовании признания, в конфронтации с родителями, с братьями и сестрами.

По психоаналитическим понятиям истерические расстройства появляются между четвертым и шестым годами, в то время, когда развивается конфронтация между детскими желаниями и реальностью, но до истерического развития доходит тогда, когда балующие ребенка родители в этой ситуации не поддерживают его, оставляют наедине со стойкими желаниями, направленными на самого себя, и тем самым затрудняют восстановление контактов с реальностью. Трудно сказать, идет ли здесь речь об этиологическом факторе или первых проявлениях развивающихся нарушений личности. Примечательно, что многие истерики остаются фиксированными на теме родителей, часто в форме эдипова комплекса, фиксированного на родителе противоположного пола. Эти амбивалентные установки в большинстве случаев вытесняются. Болезнь у многих означает возможность уклонения с детства от жестокой реальности. Так намечается путь к более позднему истерическому симптомообразованию, которое облегчает доступ в регрессивной форме в мир желаний и мечтаний.

Наряду с «больше казаться, чем быть» в описании этой структуры личности также подчеркивается недостаток стремления к деятельности. При тщательном изучении их трудового пути часто можно видеть, что они достаточно прилежные, иногда даже способные и делают успехи. Большинство истериков сообщает о трудностях в работе и о своей неудовлетворенности ею; они находят в ней мало самоутверждения, но держатся за нее. Ранняя инвалидность наблюдается не чаще, чем при других расстройствах личности. Но многие уклоняются от трудовых усилий, если позволяют условия, например обеспеченность семьи. Если же они остаются в одиночестве (например, после смерти родите-

лей), у них развиваются активность и жизненные способности, они не считаются с окружением.

Особенно примечательны осложнения в *межчеловеческих отношениях.* Истерики могут легко и быстро завязывать поверхностные знакомства, при этом могут легко приспосабливаться и проявлять ловкость, однако на глубокие и прочные связи они не способны. Собственно говоря, они за всю жизнь не находят человека, который бы их понимал и которому они могли бы довериться. Их недостаточность в личном общении связана с их малой способностью к сопереживанию. При этом сохраняется необычайно большая потребность в контактах. Истерики не стесняются, даже не проявляют чувства дистанции, они не отступают, а даже навязываются; они борются за дружбу, но она им мало удается. По аналогии с жаждой признания и с жаждой переживаний можно говорить о жажде контактов, которая контрастирует со слабой коммуникативной способностью и дает поводы к конфликтам.

Эти описания истерической личности и особенностей ее поведения относятся к резко выраженным расстройствам личности. Чаще же они менее интенсивны и выражаются лишь слабо вырисовывающимися истерическими признаками.

Слабая способность к связям особенно сказывается на отношении к партнеру. Почти все без исключения такие отношения несчастливы, браки рушатся, хотя и не всегда кончаются разводом, больной требует полного подчинения себе («истерофилия»). Сексуальные проблемы реже бывают источником конфликтов, чем общие расстройства коммуникации. Если не происходит сильной фиксации на родителях и вытеснения сексуальности задержанными партнерскими отношениями, они склонны к слишком ранним и поспешным бракам. Позже у них бывают повторные браки.

Антропологическая интерпретация (Бланкенбург) видит в истерических формах жизни протест против одностороннего патриархального стиля жизни и недооценки женщины в обществе; истерическое поведение и богатая выразительность противопоставляются мужской рассудительности и трудовой озабоченности.

Симптоматика в кризовых ситуациях многообразна, но заключается преимущественно в конверсионных симптомах (так называемых истерических реакциях), таких как функциональные расстройства ходьбы и выпадения чувствительности, психогенные припадки, состояния возбуждения или сумеречные состояния, а также депрессивные реакции отказа и суицидальные попытки (частично демонстративного характера), вегетативные синдромы и психосоматические нарушения. Многие больные путешествуют

со своими конверсионными симптомами, реакциями отказа и расстройствами настроения от врача к врачу. Симптоматика вариабельна, лишь патологическое поведение остается постоянным. Истерики расположены к тому, чтобы их считали органически больными или людьми с интеллектуальной задержкой и соответственно лечили. У многих потребность в болезни столь велика, что можно говорить о *зависимости от болезни*. Несмотря на отсутствие показаний и на вымышленность жалоб, они заставляют повторно их оперировать или принуждают к лечению путем самоповреждений. Впрочем, это относится к небольшой части больных.

С возрастом драматические формы поведения и симптомы ослабевают (даже без лечения), нередко ценою витальности в целом. С годами кризы уступают место ипохондрическим страхам и депрессиям, однако существенные черты истерической личности сохраняются.

Классификация: F60.4 по МКБ 10.

Лечение. Истерики часто прибегают к врачебной помощи и стремятся привлечь к себе внимание врача. Но врач должен быть осторожен, он обязан сохранять дистанцию в отношении поведения больного и фиксировать внимание на его драматических жалобах. Их следует воспринимать не буквально, а лишь как форму проявления своих потребностей. Истерики провоцируют своим поведением и поисками признания такую путаницу и контрперенос, что истинное значение их поступков остается непонятым, и тогда определить сущность их нарушений личности становится невозможным. Если же врач констатирует, что реакции больного неискренни, что больной охотно выслушивает врачебные советы, но им не следует, у врача появляются обида и разочарование.

Психотерапия имеет узкие границы. Структура личности слабо поддается даже длительной психоаналитической терапии. Может оказаться благотворной переработка актуальных жизненных трудностей. Если удается привести истерика в какой-то жизненной области к достижениям и добиться его признания в этом, он может отказаться от своего поведения и от своей симптоматики.

Психотерапевтическое лечение затрудняется еще и тенденцией больных перенести врачебный контакт на личные отношения. На эту попытку врач не должен реагировать ни сговорчивостью, ни неконтролируемой резкостью. В общении с таким больным надо тщательно соблюдать правила психотерапевтического лечения: разумную атмосферу равновесия между доброжелательностью и дистанцией.

Астенические личности

Астенические личности страдают от недостатка сил, малой настойчивости, господствующего чувства слабости (психической и физической), быстрой утомляемости и особенно от истощаемости, без определенных соматических причин для этого. Часто выражены вегетативная лабильность и расстройства сна. Раньше эти состояния назывались невропатиями или неврастениями.

Классификация по. МКБ 10: F60.7.

Условия возникновения мало известны, в анамнезе отмечается, что о будущих астениках в детстве чрезмерно заботились родители, это приводило к устранению нагрузок и лишению активности, не требовалось инициативы во взаимоотношениях с окружением. «Усвоенная беспомощность» (Зелигман), которой поведенческая психология старается объяснить возникновение реактивных депрессий, развивается скорее всего у астенических больных, склонных к депрессивным реакциям.

Астеническую структуру личности не следует смешивать с лептосомией или астеническим строением тела. Оба этих состояния по лежащим в их основе показателям независимы друг от друга и не выявляют строгой корреляции.

Астеники с трудом доводят свои дела до конца и невысоко оценивают себя, они отмалчиваются, чтобы не спорить с людьми. При трудностях в личной, семейной или служебной области они всегда уступают, а при их тревожно-депрессивном состоянии с вегетативными нарушениями необходимо лечение, даже в условиях стационара. В этих состояниях больные предъявляют многочисленные жалобы соматического характера, которые не соответствуют объективным данным. Здесь речь меньше идет об ипохондрических состояниях (боязнь болезни), а скорее о вегетативных расстройствах функций, которые причиняют ущерб больному по типу синдрома истощения.

В течение жизни такие кризы становятся реже, что следует объяснять не изменениями структуры личности (астения сохраняется в течение всей жизни, лишь стабилизируется на поздних ее этапах), а приспособлением своих сил к требованиям жизни. Для профессии это мало что дает, только немногие становятся самостоятельными, часто они досрочно выходят на пенсию. Во всяком случае, им удается реализовать лишь часть своих возможностей для сносной борьбы за существование.

Частота астенических расстройств личностей не определена. У врачей, как в амбулатории, так и в стационаре, такие больные часты. Большинство алкоголиков обнаруживает астеническую структуру личности.

Терапия. Астеники особенно нуждаются в регулярном отдыхе (отпуск, курорты). Они реагируют состояниями улучшения, но оно не длительно. Несмотря на общую автоматизацию труда, щажение и отдых, встречаются такие критические ситуации, которые определяют возможности сил больного и его способность избегать перегрузок. Ситуационные факторы надо по возможности сглаживать и устранять актуальные конфликты. Родственники,

начальство и сотрудники должны в порядке социотерапии участвовать в лечении: окружающим следует принимать во внимание ограниченность возможностей больного.

Зависимое расстройство личности. Описываемое в американской психиатрии зависимое расстройство личности сходно с астеническими расстройствами личности: низкая самооценка, беспомощность и стремление жаловаться на других, малая самостоятельность и схождение вниз по социальной лестнице. Они пассивны, стремятся перенести ответственность на других и избегать ситуаций, где это оказывается невозможным. От других стараются ничего не требовать, чтобы не попадать потом в зависимость.

Психодинамически это состояние объясняется орально-невротическим развитием. У них нередки состояния депрессий и алкогольная зависимость. МКБ 10: F60.7.

Неадекватное расстройство личности. Это также описываемое в американской психиатрии расстройство личности, близкое к астеническим структурам. Оно восходит к американским солдатам времен второй мировой войны и проявляется в слабой эмоциональной и физической выдержке (несмотря на соматическое здоровье); слабой способности приспособления, повышенной чувствительности, тенденциях к самоустранению, особенно при непривычных заданиях. МКБ 10: F60.7.

Сенситивные (неуверенные в себе) личности

Неуверенность в себе — это повседневный психический феномен. О неуверенных в себе, или, лучше, сенситивных, личностях говорят тогда, когда вследствие этого недостатка люди страдают и вступают в конфликты. Сенситивные люди повышенно восприимчивы и впечатлительны. Они не проявляют настойчивости, чувствительны и ранимы, злость и заботы «проглатывают», но носят в себе долго и тяжело, не высказывая их. Отягощающие переживания и конфликты не вытесняются, не отвергаются и не изолируются в смысле вышеописанных защитных механизмов; они сохраняются в сознании и остаются эмоционально насыщенными. Сенситивные люди склонны к застреванию и ретенции аффекта: способность руководить собой и прежде всего возможность переработки и проявления аффекта недостаточны. Это относится больше всего к агрессивным побуждениям (подавление агрессии). Только при значительном застое аффекта встречаются внезапные сильные взрывы. Сенситивные личности, по Кречмеру, определяются астенической структурой с сильным стеническим жалом.

Условия возникновения и биографические особенности. Многие сенситивные личности в детстве потеряли отца (или родились вне брака); у других отцы часто бывают слабыми, мало интересуются воспитанием детей. Вследствие этого дети (или подрост-

ки) перестают видеть в отце идеал и вступают с ним в противоречие. С этим можно связать тот факт, что сенситивные люди имеют строгий Я-идеал, при котором возникает конфликт между «быть» и «мочь». Одинокая мать пытается вопреки реальности идеализировать отца в глазах ребенка, в воспитании она пытается заменить отца и принимает на себя двойную функцию; ребенок становится заменой супруга (Рихтер), по меньшей мере (часто из страха перед расставанием) мать старается привязать к себе ребенка, она его оберегает и максимально разгружает. При этом мать создает себе идеальную картину сына, ожидает от него добросовестности, честолюбия и успехов. При таком подходе личность становится, с одной стороны, впечатлительной, мягкой и ранимой, а с другой — тщеславной и подчеркнуто аккуратной. В результате этого развития может определяться ее особая зависимость от оценки окружающих. «Сверхчувствительность к признанию и отказам связана с сильной функцией Сверх-Я и со строгим Я-идеалом и возникает вследствие поведения любящей матери, которая в то же время противится проявлениям потребностей ребенка» (Куипер). Неуверенность в себе в конечном итоге означает, что осознание собственного достоинства не может развалиться изнутри (так как переживания и поведение не удовлетворяются требованиями Сверх-Я и притязаниями Я-идеала) и нуждается в поддержке снаружи.

Сенситивный человек в общем коммуникабелен и способен к любви, но в любви предпочитает пассивную роль. В противоположность этому сенситивные люди при необходимости самозащиты нередко бывают активны и мужественны. Выбор партнера протекает медленно и с конфликтами, но браки затем бывают крепкими и прочными.

В образовании и работе часто возникают конфликты между «мочь» и «стремиться», что приводит к кризам самооценки, если не приходит успех и особенно явное признание. Эта досада действует тем сильнее, чем больше служебный успех должен приводить к компенсации чувства неполноценности в отношении собственной личности. Военную службу и войну сенситивные люди переживают часто как свое «лучшее время», поскольку в таких ситуациях приказы исключают необходимость принимать собственное решение, они испытывают чувство товарищества и искомое ими признание; этот стиль жизни позволяет подавить пассивную часть структуры личности и ослабить конфликт между Я-идеалом и Я.

Этот опыт показывает, что сенситивную структуру можно оценивать с одинаковым правом и как невроз характера, и как психопатию.

Терапия. Сенситивные лица относительно редко обращаются за лечебной помощью. Клиническая симптоматика состоит преимущественно из депрессивных кризов самооценки и еще чаще из ипохондрических состояний. Психотерапия задается целью переработать актуальные конфликтные ситуации и этим помочь

больному лучше понять свою структуру и особенно возможности защитного поведения, а также познать положительные стороны своей структуры: тонкую чувствительность, внимательность, справедливость и возможность сочувствия, которые могут положительно воздействовать на межчеловеческие отношения, когда на задний план отступает защита и вступает в действие функция Я. Наряду с психотерапевтической беседой показан тренинг уверенности в себе, при котором достигается адекватное соотношение между агрессивным аффектом и критикой, например в ролевой игре. Прогноз благоприятный, многие сенситивные личности достигают успехов в жизненной борьбе.

Пассивно-агрессивные расстройства личности. Такие люди не выносят свою агрессивность вовне, а оставляют ее латентной, и поэтому предпочитают выражать себя через пассивное поведение: забывчивость и непунктуальность, встречные претензии и оттяжки используются ими для противодействия притязаниям, которые им предъявляются в личной, трудовой и социальной жизни. Следствием этого является неэффективный стиль жизни, особенно если это поведение постоянное и оно распространяется на ситуации, которые могли бы облегчить позитивные установки и активность. Концепция этих расстройств личности также исходит из военного опыта. Отвлекаясь от выраженных форм, такие стертые формы поведения часто можно находить в рабочей среде.

К психодинамическому объяснению этого вида развития личности привлекается поведение родителей, которые наказывают детские попытки самостоятельности и настойчивости, требуя от ребенка подчиняемости, хотя бы с амбивалентными колебаниями. В течение жизни этот вид расстройств личности становится постоянным. Психотерапия проводится таким же образом, как и у сенситивных личностей, с которыми эти и следующие ниже расстройства личности (оба упоминаются в американской психиатрии) тесно связаны.

Уклоняющееся расстройство личности. Уклоняющееся расстройство личности (DSM III), в том числе и социально-фобическое расстройство личности (DSM IV), определяется неуверенной самооценкой, сверхчувствительностью, особенно при отказах; даже незначительные, небольшие и повседневные неудачи вызывают глубокую ранимость. Поэтому лица с таким расстройством стараются избегать межчеловеческих отношений, кроме самых необходимых. Несмотря на потребность в контактах, они держатся на дистанции от людей; при большом богатстве чувств неумело их проявляют.

Классификация. По МКБ 10 сенситивные личности вместе с уклоняющимися личностями — F60.6; пассивно-агрессивные расстройства личности— F60.8.

Гипертимные личности

У гипертимных людей наблюдаются поверхностно-жизнерадостное настроение, живой (сангвинический) темперамент и повышенная активность, в первую очередь в виде словоохотли-

вости и деловитости. Появление этих признаков сходно с симптоматикой легкого маниакального приступа. У некоторых маниакальных или биполярных больных с маниакально-депрессивным психозом такие гипертимные признаки появляются незадолго до первой манифестации психоза, а также в интервалах между фазами или же после многих фаз остаются как резидуальные признаки. Поэтому гипертимная структура объясняется как ослабленная краевая форма аффективного психоза и ее происхождение выводится из наследственных факторов. Однако многие структуры темперамента сохраняются в течение всей жизни и не приводят к психотическим эпизодам.

При легкой выраженности гипертимия может проявляться в повышенной общительности и «деловитости». Но часто гипертимные личности в силу своего сверхкипучего темперамента, отсутствия чувства дистанции и постоянной ажитации становятся тягостными для окружающих. Они зачастую вступают в конфликтные ситуации. Многие из них, становясь старше, обнаруживают нарастающие изменения личности с огрубением черт, с нивелированием и опустошенностью, что напоминает резидуальные состояния при психозах. Однако у других возрастной фактор действует скорее позитивно, вызывая нарастание успокоения.

Классификация по МКБ 10: F34.0 (так называемая циклотимия).

Параноидные и кверулянтные расстройства личности

Лица с *параноидными расстройствами личности* чувствительны, особенно при отказах или при неудачах; они легко ранимы и притом упорные спорщики. Они лишены чувства юмора и эмоционально ригидны. Затруднительные ситуации легко приводят их к умышленной враждебности; некоторые реагируют беспомощностью и уступчивостью, но большинство готово к борьбе и агрессии.

Кверулянт — это проблематичное понятие, которое психиатрия переняла у юристов. Обычно это люди, которые без смущения упорно ведут борьбу за свои права. Легко определить, сколько в этом может быть положительного. О кверулянтных расстройствах можно говорить тогда, когда поведение личности

становится фанатическим, спорщеским и бескомпромиссным или даже бесцеремонным. Но и здесь можно думать, что речь идет о чувствительных и ранимых людях, которые длительное время воспитывались неправильно или неадекватно: определенные вредности в наследственности, действительные и, видимо, слишком жестокие наказания; очень трудно объяснимые понижения по службе, отстранения от работы начальством или даже судом. На все это такие личности реагируют чрезмерной чувствительностью, с неутомимой склонностью к спорам. Они озлобленно борются против неправоты и чаще речь идет не о материальном возмещении, а о соблюдении прав, в конечном итоге о справедливости, поскольку чувство правоты ущемлено. И при этом они хотя бы субъективно правы.

Первоначальная цель все больше теряет свое значение. Он борется в конечном счете не против чего-то, а *вообще против* общества. В то время как он печется о своих правах, права других он уважает значительно меньше; конечно, он уважает писаные законы, защищенные права других (Й.-Э. Мейер), а в остальном пренебрегает их нуждами. Многие хватаются в слепом рвении за незаконные средства (даже несправедливые и насильственные). Их усилия превышают возможную выгоду. Тема спора становится сверхценной идеей. В этом и в описанной бессмысленности борьбы лежит сущность кверулянтного развития. Психодинамически речь идет о непреодолимости фрустрационно-агрессивной проблематики.

При этом всегда нужно учитывать и «другую сторону» — «бюрократию», которая в подобных случаях особенно чувствительна и может реагировать агрессивно, слишком мало уделяя внимания субъективной проблематике человека и не замечая, что ее высокомерное поведение может вызвать негодование. По отношению к таким людям говорить о «кверулянтах» в иронически осуждающем тоне несправедливо; такого понятия следует избегать.

Кверулянтное поведение проявляется чаще всего в среднем возрасте и никогда в юности. Михаэль Кохлас у Клейста — это пример многообразных литературных описаний, в которых мы распознаем таких людей. Из кверулянтного поведения путем плавных переходов возникает *кверулянтный бред.*

Сходное развитие наблюдается у *рентных кверулянтов.* Здесь возникает обида или вследствие действительно недостаточно оцененной тяжести состояния больного (например, после сотрясения мозга), или вследствие непонятного заключения. Проводимая настойчиво и агрессивно борьба за ренту с начальством, с врачами и судом имеет целью не столько заботу о своем обеспечении, сколько корректировку неправильного заключения, т. е. восстановление прав (сверхценная идея). В таких случаях также следует помнить о нередких формально-бюрократических подходах современных учреждений, что вызывает все новые поводы и импульсы к кверулянтному развитию.

Фанатики меньше преследуют соблюдение законов, чем реализацию своих идей, которые относятся к разным областям жизни: в политике, мировоззренческо-религиозной области (сектантство) или к области здравоохранения (вегетарианцы, противники прививок). Общим являются сверхценность идеи, безоглядность в ее проведении, пренебрежение другими правовыми аспектами и потеря оценки целого. С учетом этих признаков отличают фанатиков от людей-нонконформистов и настойчивых, но вдумчивых и внимательных в борьбе за высшие цели (что, конечно, не должно рассматриваться как расстройство личности). Большинство принадлежит не к борющимся, а к тихим людям, которые не хотят переделать мир, они не революционеры, но своим идеям следуют бескомпромиссно.

Классификация по МКБ 10: F60.0.

В *психотерапии* проводится попытка вскрыть бессознательную мотивировку прошлых осечек и неудачных личных связей. В большинстве случаев эти усилия терпят неудачу вследствие фиксированности больного на своих задачах, ригидности личностной структуры и в основном на неблагоприятной социальной ситуации.

Шизоидные расстройства личности

Шизоидные расстройства личности имеют так же мало общего с шизофренией (вопреки сходному звучанию слов), как и параноидные расстройства личности с бредом. Связи между этими расстройствами личности и похожим термином, называемым психозом, далеко не тесные. Хотя среди больных шизофренией иногда находят пациентов, у которых еще до болезни проявлялись шизоидные черты, что нельзя считать правилом. Еще в меньшей степени шизоидные люди должны заболевать шизофренией. Большинство обнаруживающих шизоидный характер расстройств личности не становятся психотичными. Правда, существуют связи между шизоидной и параноидной структурами личности.

Шизоиды — это амбивалентные конфликтные личности, которые определяются «психоастеническими пропорциями» (Кречмер) между холодностью и грубостью, с одной стороны, и сверхчувствительностью — с другой.

«Гиперэстетические качества показывают ... как сверхчувствительность и ранимость приводят через повседневные трения жизни к нервозности и наконец к огрубению ... к сложным вспышкам ярости. Астенические качества ... проявляются как острая, активная холодность или пассивная тупость, сужение интересов на ограниченных аутистических зонах, как «толстокожесть» или как непроницаемая бесстрастность. Их непоследовательность — это то нетерпимая безудержность, то более активное расположение духа, их живу-

честь манифестирует характерологически в разных вариантах: это стальная энергия, строптивое упрямство, педантичность, фанатизм, систематическая последовательность в мышлении и действиях» (Кречмер).

Шизоидам трудно находить естественный контакт с окружающими. Они остаются на расстоянии и страдают от своей изолированности; робки и склонны больше других людей скрывать свое сокровенное. В межчеловеческих отношениях они двойственны и недоверчивы, склонны к внезапным разрывам контактов, что психоаналитически связывается с раннедетскими объектными связями. В сексуальной жизни у них много конфликтов. Часты строгая принципиальность, морализация и фанатическая религиозность.

В семьях шизоидов психопатические и психотические родственники встречаются чаще, чем у других патологических личностей. Из-за этого, а также из-за сложных межчеловеческих отношений в семье, часто вследствие безалаберных отношений с асоциальной средой их детство протекает тяжело. Психоаналитически шизоидную структуру, в том числе неврозы характера, пытаются вывести из стойкого первичного нарциссизма.

К требующим лечения кризам приводят скорее всего сексуальные проблемы (например, импотенция), служебные неудачи и социальные конфликты. Большинство больных мало приспособлено, некоторые замыкаются, как чудаки, другие агрессивно противопоставляют себя обществу. Одни замыкаются на злопамятности, другие стремятся господствовать в обществе или конфликтуют с законом. Структура личности мало меняется в течение жизни и мало доступна психотерапевтическим воздействиям.

Классификация по МКБ 10: F60.1.

Лечением добиваются переработки актуальных конфликтов и улучшения контактности, для чего нужна также тренировка уверенности в себе. Многие шизоиды смирением добиваются лучшего социального приспособления.

Возбудимые личности

Возбудимые люди склонны к аффективным взрывам, сила которых никак не соответствует ничтожности повода. Если у сенситивных людей течение реакции определяется ее задержкой (ретенция) и слабой отдачей, то здесь происходит противоположное: аффект не сдерживается или слабо сдерживается и не перерабатывается, он быстро выливается наружу в форме силь-

ной разрядки, после которой наступают сожаление и раскаяние. Между этими взрывами личность остается практически без нарушений. Существует короткое замыкание между восприятием и действием. Поэтому говорят об эксплозивных или агрессивных личностях. Для многих взрыв аффекта имеет дурные последствия в виде ранений и повреждений тела. Алкоголь может привести к снятию торможения. Развитие личности на более поздних возрастных этапах менее благоприятно, чем при многих других ее расстройствах.

О значении факторов предрасположения свидетельствует то обстоятельство, что эксплозивный темперамент нередко связан с определенными конституционально-биологическими признаками: атлетическим телосложением, вегетативной лабильностью, вазомоторной неполноценностью и непереносимостью алкоголя. Такая конституция часто встречается в семьях больных эпилепсией. У части возбудимых лиц имеются соответствующие данные ЭЭГ, прежде всего пароксизмальные дизритмии. И все же возбудимые личности ни в коем случае не принадлежат к кругу больных генуинной эпилепсией. Наличие названных симптомов заставляет думать о раннем детском повреждении мозга; причины расстройств личности и готовности к припадкам идентичны. Поздние повреждения мозга должны приниматься во внимание, если у человека, прежде владевшего собой, возникает новая и чуждая личности реакция в форме эксплозивности, как и проявляющиеся другими признаками изменения органического мозгового характера.

Наряду с конституциональными и органическими мозговыми факторами надо обращать внимание на психодинамическую точку зрения, — что взрывы аффектов происходят от неосознанных импульсов побуждений, особенно от вытесненных агрессивных стремлений. Эксплозивность — наиболее частый способ переработки психического напряжения в безвыходной ситуации. Здесь речь меньше идет о своеобразии, чем о выраженности.

Классификация: F60.30 по МКБ 10.

Социопатическое / антисоциальное расстройства личности

Основной признак такого расстройства личности — это диссоциативное поведение. Оно определяется не только психологически, как описанные выше расстройства личности, но и криминологически. Частота: распространенность среди мужчин 3 % и 1 % у женщин. Зависимость от социального класса не определяется.

Психологически оно характеризуется недостаточной способностью учиться на собственном опыте. Такие люди меньше других переживают о вредных последствиях собственного поведения, особенно от социальных последствий. Наказания их не устра-

шают. Антисоциальные личности мало заботятся об устранении неблагоприятных последствий своего поведения, что подтверждается экспериментально. Они меньше других реагируют страхом и эмоциональной напряженностью в сложных ситуациях. Этому соответствуют данные психофизиологических исследований (снижен уровень возбудимости вегетативной нервной системы, обнаруживаются отчетливо низкие ЭЭГ-частоты).

Генетические исследования показывают повышенную частоту появления и более высокую конкордантность у однояйцовых близнецов. Усыновленные с антисоциальными расстройствами личности чаще обнаруживают сходные расстройства у кровных родственников, чем у приемных родителей. Значение хромосомной аберрации XYY для антисоциального поведения пересматривается.

Имеются и определенные данные о *развитии* антисоциальных расстройств личности: ранняя потеря родителей, недостаток заботы и внимания матери, антисоциальные отцы, непоследовательные отношения между родителями; усиленная потребность детей привлечь к себе внимание необычным поведением. Возможно, многие социопатические развития находятся в связи с ранним детским госпитализмом (так называемые нарушения почвы), который не всегда идет рука об руку с перечисленными объективными нарушениями ранней детской социальной ситуации, но может вызвать эмоциональные расстройства, казалось бы, в благополучных семьях; этот так называемый семейный госпитализм нередко ускользает в позднем изложении анамнеза.

Уже в *детстве* часты побеги и кражи. Уходы с уроков — также надежный предиктор более позднего социопатического поведения, которое выявляется около 15 лет, чаще всего в форме делинквентности и употребления алкоголя или наркотиков; учеба к этому времени уже прерывается. Такое течение прогрессирует вплоть до кульминационного пункта в поздней юности или уже у взрослых. После этого может наступить постепенный поворот. В среднем возрасте около 1/3 людей сохраняет антисоциальное поведение, а после 65 лет их уже не встретишь.

Классификация: F60.2 по МКБ 10.

Лечение проводят в судебно-психиатрических и социально-терапевтических учреждениях. Индивидуальную или групповую психотерапию, школьное образование или профессиональное обучение, трудовую терапию и социальный тренинг осуществляют в систематической последовательности с облегчением свобо-

ды передвижения, чтобы добиться реабилитации. Лечение детей с социопатическим поведением дает определенные положительные результаты.

Антисоциальные расстройства личности изучаются и описываются преимущественно американскими психиатрами. В старом немецком учении о психопатиях (все еще сегодня не вышедшем из употребления) указывается на типы личностей с диссоциативным поведением.

Эмоционально бедные личности. Они видят в ближних не столько других людей, сколько объекты своих притязаний. У них не хватает готовности к сопереживаниям и сочувствию, состраданию и благодарности, а также чувства страха и вины. Сексуально они склонны к садистским и девиантным поступкам, в экстремальных случаях – к сексуальным убийствам, как вообще к насильственным действиям. Но не все они становятся диссоциальными и криминальными. Критически следует отметить, что описания эмоционально бедных личностей поверхностны и приблизительны. Это зависит от того, что о таких личностях известно мало, поэтому о понятиях эмоциональной бедности или аффективной холодности следует говорить сдержанно. Многие из них проявляют себя лишь потому, что не находят нужного резонанса в межчеловеческих отношениях. Если же им удается выйти из межчеловеческой изоляции, их агрессивность может ослабиться.

Безудержные личности. Они больше выделяются по своим склонностям и стремлениям и хуже умеют целенаправленно управлять своими действиями. У них отсутствует внутреннее волевое сдерживание, которое организует стремления и потребности и направляет их на достижение цели. Направленные вовне волевые силы, т. е. способность принимать решения и делать, нарушены мало. Эти люди внушаемы и нерешительны, в искусительных ситуациях склонны стремиться к удобствам и удовольствиям. Это сказывается на их непостоянном образе жизни, отвращении к работе, зависимости от алкоголя и наркотиков, криминальности и проституции; в совокупности — это криминальность из слабости воли. Такой способ поведения выводится из недостаточно сформированной толерантности к трудностям, что объясняется стилем воспитания тревожно-неполноценной матери, которая слишком опекает и балует ребенка. Отцы чаще бывают жестокими и брутальными, часть из них — алкоголики.

В течение жизни определяется большая зависимость поведения безудержных личностей от обстоятельств окружающей среды. При неблагоприятных условиях жизненная линия все больше падает. Если же возникают благоприятные условия, например женитьба или другие прочные межчеловеческие отношения, подъем по службе, то может наступить ресоциализация на годы или даже на десятилетия.

Правовые вопросы при неврозах и расстройствах личности

Трудоспособность и профессиональные навыки при неврозах и расстройствах личности утрачиваются редко. Привести к этому могут только тяжелые невротические симптомы, например стойкий астенический упадок сил. Тенденциозные формы поведения

должны исключаться из правового рассмотрения. Следует лишь указывать, что больной «не может преодолеть своими силами» свои страдания. Полностью должны быть использованы терапевтические возможности. С врачебно-терапевтических позиций всегда надо изучать, могут ли далее активизироваться силы больного.

Нетрудоспособность при неврозах и расстройствах личности не встречается, разве что в случаях, когда они протекают на фоне значительной психической задержки.

Разводы осуществляются по общим законам о бракоразводных процессах.

Вменяемость. Прежнее положение о том, что невротические и прочие патологические личности в основном полностью ответственны и что при невротических нарушениях не должно быть речи о «болезненности», сейчас не поддерживается. Закон устанавливает, что кроме тяжких психических нарушений, глубоких расстройств сознания и слабоумия имеются «другие тяжелые психические отклонения», являющиеся основаниями для исключения или смягчения вины. Под этим необычным определением среди прочего подразумеваются неврозы и расстройства личности, при которых в силу определенной степени тяжести имеется неполная ответственность (снижение, но очень редко полное освобождение). В отдельных случаях для этого следует использовать данные психологии развития и глубинной психологии.

Для такого круга лиц с расстройствами личности, невротическими и социопатическими делинквентными состояниями должны создаваться *социально-терапевтические заведения*, в которых наказание идет рука об руку с социально-терапевтической реабилитацией. В судебной реформе была предусмотрена регуляция законом этих мер, но она пока полностью не реализована. Постепенно принципы социально-терапевтической деятельности внедряются в общую систему осуществления наказания. Если будет признана пониженная или повышенная мера ответственности, лечение может производиться в регламентированных психиатрических заведениях.

При неврозах и расстройствах личности может возникнуть вопрос о правах на *вождение* транспорта, особенно после аварий с несчастным исходом. Часто это бывает с молодыми людьми: у одних — с протрагированными подростковыми кризами, у других — при употреблении алкоголя. Если при психиатрически-психологическом исследовании (включая тестирование) будет установлено, что способность вождения вследствие эмоциональных нарушений существенно снижена и что водительские права не выданы или выданы с ограничениями, следует спустя некоторое время проводить повторную экспертизу.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

При неврозах и расстройствах личности суицидальность встречается часто, а при психозах — еще чаще. Но суициды и суицидальные попытки встречаются не только у психически больных, но и у соматически больных и у других людей в кризисных ситуациях.

Эпидемиология. Частота суицидов в ФРГ составляет 20 на 100 000 населения в год, это примерно 13 000, т. е. больше, чем гибель в дорожных происшествиях. По оценкам ВОЗ, в мире вследствие суицидов погибает около 0,5 млн в год, т. е. более 1000 в день. Суицидальные попытки более часты, чем суициды, оценочно в 100 раз чаще. Точных цифр нет, так как многие суицидальные попытки не регистрируются. По возрастам пик суицидальных попыток приходится на зрелый возраст. С возрастом увеличивается и количество завершенных суицидов.

В *психиатрической* практике у психически больных суицидов больше, чем суицидальных попыток. В психиатрических стационарах частота суицидов возрастает; причины этого мало известны. *Способы* совершения суицида зависят от пола, возраста и культурного круга. При суицидах люди чаще вешаются и стреляются, особенно мужчины. Среди прочих видов суицидов и особенно при суицидальных попытках на первом месте стоит отравление снотворными средствами, поскольку это более доступно, гарантируется безболезненная потеря сознания и исход более определенный, чем при других методах.

Суициды и суицидальные попытки разделяются не только по видам и исходам, но и психологически по мотивам, хотя без резких границ.

Мотивация. Суицидальным является человек, когда он из непереносимой и неразрешимой ситуации видит единственный выход в лишении себя жизни. Побудительным мотивом служит разочарование, особенно в межчеловеческих отношениях, и страх, особенно перед опасностью, перед установлением виновности, развитием психоза, потерей престижа, перед обесцениванием в глазах других то ли по причине виновности, то ли по причине недооценки. Общим для всех суицидальных ситуаций является чувство безнадежности.

Часто встречаются реакции короткого замыкания, при которых больные не задумываются над возможностью последующего преодоления или приспособления к жизни. Чаще всего промежуток между зарождением мысли о суициде и ее реализацией составляет менее одного дня, между решением и действием — меньше чем полдня. Более длительное намерение коррелирует со старательной подготовкой и тщательным поведением (иногда несколькими методами), однако чаще суицидальные попытки совершаются без четкого плана, так что во многих случаях воз-

можно и даже вероятно спасение. Отмечается немало случаев поисков помощи сразу после суицидальной попытки, особенно после приема снотворных таблеток.

Детские суициды встречаются, хотя и редко, уже с 7 лет. Они совершенно неожиданны и их осуществление происходит часто неадекватно. Как правило, определяется мгновенный неглубокий гнев или разочарование, длительно сохраняющееся опасение или убеждение, что родители и остальные его не понимают, соперничающие с ним братья и сестры его обделяют или что-либо подобное Часто здесь нельзя отличить суициды от несчастных случаев. У детей и подростков имеется опасность неудачного осуществления мнимой суицидальной попытки, так как из попытки происходит действительный суицид.

Поскольку дети примерно в 6—7 лет начинают осознавать неизбежность смерти и могут видеть перспективу, то о суицидах можно говорить с этого возраста. Уже к этому возрасту высказываемые угрозы у ребенка не имеют обычно тенденции к реализации, а показывают, что ребенок несчастен и требует к себе внимания. Суицидальные попытки в препубертате и пубертате, особенно у девочек, наряду с необходимостью помощи часто сигнализируют о специфических проблемах в поисках Я.

Вникая глубже в мотивацию суицидов, выявляют агрессивность против обстоятельств, судьбы и опекунов. Еще более очевидна аутоагрессивность суицидального поведения, особенно если за отчаянием и безнадежностью стоят сомнение в себе и чувство вины. Суицид представляется бегством от непереносимой реальности и ускользанием от бесперспективного будущего. Он может также служить и зовом о помощи, и призывом к окружающим, и стремлением чего-то достичь и добиться, посрамить других, кому-то отомстить или попугать и встревожить. В этом снова проявляется агрессивность. Итак, имеются разные мотивы, которые пересекаются (рис. 2). Суицидальность может быть одновременно саморазрушительной и тенденциозной, направленной против себя и против других, поднимающей шум и очень серьезной. От суицидальности нечетко отличается парасуицидальность.

Далее следует отметить, что суицидальные лица, принимающие снотворные средства, ни в коем случае не намерены определенно покончить с жизнью. Многие хотят просто иметь покой, не думать, не страдать. Сон и смерть в переживаниях суицидентов строго не различаются: сон — это смерть ненадолго. Определение цели часто остается открытым, причем суицидальная попытка приобретает «характер вызова судьбе» (Штенгель). Многие суицидальные попытки совершаются под действием алкоголя, который устраняет торможение и страх. Порою суицидент хочет «напиться мужества».

В целом суицидальные действия допускают тенденции, поддерживающие жизнь (жизнь как таковую, даже если речь не идет об *этой* жизни) и одновременно признают тенденции, разрушающие ее, поэтому приходится кон-

статировать как пассивность (отречение и бегство), так и активность (завладение, деструкция, агрессия). Исходя из этой точки зрения, можно выделить типы суицида и парасуицида: вызывающее поведение, которое воздействует своей демонстративностью; амбивалентная установка, оставляющая выход из этого состояния; отчаявшаяся суицидальность, которая не должна быть бескомпромиссной, и упорствующее суицидальное поведение, которое непреклонно в поиске смерти.

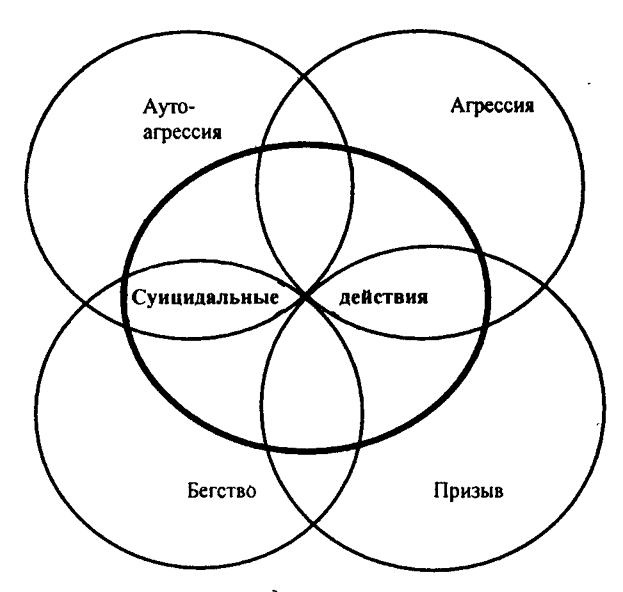


Рис. 2. Мотивационная структура суицидальных действий (по Хенселеру)

Самоубийство как подведение баланса — это спорное понятие. Безусловно, к суициду может привести реальный или мнимый негативный баланс жизни. Неизвестно только, определяется ли здесь суицид рациональным рассуждением и свободной волей. Позади подведения итогов могут стоять другие невыясненные и неустановленные мотивы. Если человек не хочет больше жить в своем мире, окружающие должны понимать его суицид как сигнал и вызов. Суицид — это отсутствие другого «выхода» (Поль Валери). Из этих и других причин кажется проблематичным пропагандирование так называемой гуманной смерти, общество приклеивает своему члену ярлык «свободного выбора смерти», чтобы препятствовать реанимационным процедурам. Слишком мало известно, что произойдет позже, может быть, спустя годы. При этом не стоит пренебрегать и тем фактом, что подавляющее большинство людей, имевших серьезный опыт суицидального переживания, живут еще долгие годы и десятилетия.

Коллективный суицид восходит к соглашению между двумя и большим количеством людей о самоубийстве и может встречаться даже в психиатрической клинике.

Расширенный суицид: решившийся на самоубийство человек склоняет к нему других, особенно при меланхолии. Будущее может казаться столь без-

надежным, что больной желает уберечь близких ему людей от боли, нужды и позора (тенденция захватить с собой); либо же он думает, что умереть можно лишь вместе с родственниками, поскольку в противном случае оглядка на связь с родственниками удерживала бы его от самоубийства.

Суждение об опасности суицида принадлежит к самой тяжелой и ответственной задаче врача. О повышенной опасности суицида говорят резкий страх, длительная и тяжелая депрессия, чувство вины и самообвинения, горькие сетования о бессмысленности жизни, а также сильная латентная агрессивность, которая не достигает своих целей; далее — предыдущие суицидальные попытки больного или суициды в семье или ближнем окружении.

Многие суицидальные действия проявляются в конкретной подготовке и высказываниях больного. Некоторые больные как бы вскользь говорят о смысле жизни или о бессмысленности суицида и уводят таким способом от своих действительных замыслов. Чем менее депрессивным и более благоразумным кажется больной, который говорит о неприятии суицида, тем более высок риск серьезного суицида. Когда уже принято решение о суициде, многие больные действуют почти с облегчением; это изменение настроения только кажется парадоксальным, поскольку больной после длительных и мучительных колебаний воспринимает свое решение как освобождение, а суицид — как выход из положения.

Имеются суициды, которые для окружающих совершенно неожиданны, особенно у больных шизофренией. Многие из таких больных проявляют свои суицидальные намерения сложным, трудно понимаемым образом, и тогда врач может узнать об этом слишком поздно. Поэтому в каждом конкретном случае нужно говорить с больным открыто и не страшиться возвращаться к этой критической теме. Если больной отрицает мысли о суицидальных намерениях, врач этим не должен удовлетворяться, а должен продолжать эту тему, выясняя, *почему* больной (уже) не имеет суицидальных намерений. Суицидальные больные на это отвечают уклончиво или просто молчат; против суицида говорят конкретные ответы: он не сделает этого ради жены, детей, матери.

Психотические больные требуют особого внимания перед выпиской и сразу же после нее, а также в последующие 3 месяца, позднее — перед повторным поступлением, при смене лечащего врача или лечебного учреждения. *Вопросники* и *шкалы* помогают врачу, но не заменяют беседы с больным о суицидальности.

Классификация: введение в МКБ 10 не проводилось.

Терапия. После лечения непосредственных последствий суицидальной попытки (в основном дезинтоксикация или опера-

тивное вмешательство) в каждом случае следует привлекать психиатра, чтобы проводить лечение суицидальности или лежащего в ее основе психического заболевания.

В *острых ситуациях* и при сохраняющейся суицидальности необходимо стационарное психиатрическое лечение (ни в коем случае в строго закрытом отделении), чтобы больного успокоить и призреть, а также облегчить регрессию симптомов. В этой ситуации *психофармакологические* средства имеют два показания: лечение основного заболевания (например, аффективного психоза или шизофрении) и борьба с сохраняющейся опасностью суицида. Эти средства не могут влиять непосредственно на суицидальность; больные часто указывают, что лекарства не устраняют их проблемы и не действуют на волю к жизни. Поэтому лекарства могут быть полезны при кратковременном применении, пока у больного не наступит расслабление и пока он не поймет, что со своей ситуацией в состоянии справиться сам. Поэтому многие больные считают, что медикаменты спасают им жизнь. Обычно применяются транквилизаторы, при психозах показаны нейролептики и антидепрессанты. Однако не каждый суицидальный пациент нуждается в лекарствах.

Психотерапия необходима в каждом случае, часто на длительный срок. Для этого не всегда показано пребывание в стационаре, но лечение должно быть специализированным: на практике это должна быть амбулатория или особое отделение для подверженных суицидам. *С родственниками* надо искать контакт не только в целях дополнительной помощи больному, но и ради них самих, поскольку они могут проявлять самоупреки и также нуждаться в помощи. Это надо принимать во внимание после суицида.

Профилактика. Конфликтные ситуации и реакции короткого замыкания так часты и так трудно предсказуемы, что *первичная профилактика* вряд ли возможна. Опасности суицида нужно выявлять скорее *вторичной профилактикой* и вовремя вмешиваться. Группа риска суицида: холостяки или люди, изолированные по другим причинам, люди в ситуации развода и социальной нужды, беженцы и другие изгнанники, преследуемые по религиозным и политическим мотивам, неизлечимо больные и наркоманы, многие криминальные лица.

В каждом конкретном случае необходимо выяснить психосоциальную ситуацию перед суицидальной попыткой. *Пресуицидальный синдром* (Рингель) состоит из сужения поля душевной жизни, подавленной агрессивности и аутоагрессивности, ослабления духовных сил и сексуальных стремлений, а также из фантазирования о смерти. При этих признаках в основе лежит депрессивная симптоматика. Лучше, чем врачам, пресуицидальные лица раскрываются духовникам, воспитателям и родственникам

со сходными профессиями, а также телефонам доверия и группам добровольной помощи.

После суицидальной попытки и непосредственной психотерапевтической помощи необходимо предпринять меры, чтобы устранить неблагоприятное течение процесса и редуцировать риск повторного суицида (*третичная профилактика*). У этих людей риск суицида статистически выше, чем у других. Как правило, необходима длительная психотерапия. Отдаленные катамнезы показывают, что после суицидальной попытки (или нескольких) *завершенный* суицид редок. Но даже из этих соображений надо противиться мнению, что суицидальный человек должен сам решать свою судьбу, хотя каждый человек имеет право на самоубийство.

Суицид в психиатрической больнице. Поскольку тяжело психически больной обычно лечится в психиатрическом стационаре, а суицидальность этого контингента особенно высока, не следует удивляться, что в психиатрической больнице бывают суицидальные попытки и самоубийства. При этом надо помнить, что многие непсихиатрические учреждения, которые лечат психически больных, сомнительными методами избавляются от суицидальных пациентов, которые в конце концов попадают в психиатрическую больницу. По данным статистики, среди стационарных психически больных около 40 % суицидальных. Показатель суицидальности стационарных больных составляет 1 % (при этом также учитываются суициды вне больницы, если они совершаются после выписки, при пробном отпуске). Таким образом, в психиатрических больницах суициды значительно чаще предотвращаются, чем случаются.

Врачи, медсестры и другие сотрудники знают, что суициды неизбежны, хотя понимают, что самоубийство расценивается иначе, чем убийство или несчастный случай в других медицинских отраслях. Они являются соучастниками суицида, поскольку занимались больным, часто лечили его длительное время и заботились о нем. После суицида врачи испытывают не просто разочарование, а большое сомнение в своих действиях, вплоть до самоупреков. Даже если ошибок в лечении не было, остаются неизбывными мысли, что можно было лечить больного иначе или больше для него сделать. Именно суицидальная ситуация свидетельствует о том, как тяжело работать в психиатрии при всем своем личном участии, а также о том, насколько ограниченна эффективность психиатрической терапии.

Нельзя исключить возможность суицида у больного организационно и так сказать физикально при всех обстоятельствах и ситуациях. Предпринимаемые ограничения и принуждения имеют ограниченную ценность, требуются поиски иных средств. Ограничения и слежка могут сделать жизнь больного еще более невыносимой. Остается лишь надеяться, что *недоступность подходящих* средств позволит оттянуть суицидальный импульс и не даст больному перейти к реализации своих намерений и что лечение уменьшает суицидальность. Следует больше значения придавать не *возможностям*, а *мотивам* суицидального действия. Психотерапевтическое лечение и личная забота — это лучшая помощь больному и одновременно самое эффективное средство профилактики суицида.

СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Нарушения сексуальных функций и сексуальной жизни принадлежат к самым частым жалобам и симптомам, по которым консультирует врач. Конечно, многие больные не говорят об этом прямо, а называют какие-то вегетативные ощущения, расстройства настроения или что-то иное, приводящее к врачу. Но врач должен открыто говорить о сексуальности.

Сексуальные расстройства могут появляться или изолированно, или в составе различных соматических либо психических заболеваний. Они тесно связаны с неврозами: с одной стороны, могут быть следствием невротических развитий, а с другой — причиной возникновения невротических и психосоматических нарушений. О физиологии и патологии, психологии и социологии сексуальности сообщают книги по сексологии.

Функциональные сексуальные расстройства

Сексуальные расстройства функций и переживаний могут иметь многочисленные соматические причины — от состояний истощения и общесоматических заболеваний (например, эндокринного характера) до органических поражений гениталий и болезней центральной нервной системы. В каждом конкретном случае нужно спрашивать о приеме лекарств, так как многие из них, среди которых гипотензивные и нейролептики, а также алкоголь, никотин и наркотики, могут влиять на сексуальность. Не менее часты психореактивные причины.

При этом разделение на органические нарушения в противовес психическим нарушениям сексуальных функций вряд ли возможно, так как чаще одновременно имеются разные условия их возникновения (смешанная этиология). При более изощренной органной диагностике, особенно в урологии, теперь обнаруживается все больше органических факторов; конечно, нельзя считать, что позитивные находки при допплеровской сонографии или инъекциях в кавернозные тела устанавливают этиологию. Соответственно трудности и

конфликты должны рассматриваться не изолированно, а в связи с возможными органическими данными. Диагностика и терапия здесь должны быть интердисциплинарными.

В так называемом сексуальном цикле реакций рассматриваются расстройства желания, возбуждения и оргазма (такие термины, как импотенция, фригидность и т. п., не совсем с ними совпадают). Этому следует также *классификация* по МКБ 10, категории которой рассматриваются далее.

Сексуальные расстройства у мужчин (МКБ 10: F52.0). Сексуальные желания могут или снижаться, или повышаться (алибидимия), поэтому главная область переживаний закрыта, и опыт зрелости остается под вопросом. Это может быть обусловлено разными соматическими нарушениями и болезнями, а также истощением, медикаментами; психическими стрессами, как, например, конфликт с партнером, и психическим заболеванием. Об этом говорит первичная недостаточность либидо соматической природы. Если нарушение либидо исходит из нарушений эрекции, это определяется психореактивными условиями.

По поводу *повышенного полового влечения* (МКБ 10: F52.7) врачу приходится консультировать редко, чаще речь идет о проблемах судебно-психиатрической экспертизы сексуальных нарушений. Тяжелые сексуальные правонарушения редко бывают проявлением особой силы влечения, а скорее выражением сниженной способности любить, которую пытаются сексуально компенсировать. Имеются связи с нарцистическим и наркоманическим расстройством поведения. Чрезмерная потребность в самоутверждении на сексуальном уровне может проходить со страхом перед личной привязанностью (дон-жуанизм).

При *нарушениях эрекции* (МКБ 10: F 52.2), несмотря на сексуальное влечение, для удовлетворения полового процесса длительности и (или) силы эрекции недостаточно. Полностью отсутствует эрекция редко, чаще она возникает нерегулярно и (или) неполноценно.

В простейших случаях слабость эрекции может быть вызвана повышенным напряженным ожиданием и намеренным усилием, особенно у неопытных мужчин. Самые важные тормозящие функции — это неблагоприятная внешняя ситуация, неудачные, отвращающе действующие прежние попытки, слабые личные связи партнеров, чрезмерные притязания партнерши или чаще собственные преувеличенные требования к сексуальным функциям. Каждый раз возникает прочный круг из психореактивных тормозных факторов, страха в ожидании и отсутствия возбужде-

ния, которые усиливают страх ожидания неудачи. Особую тяжесть создает неуверенность в своих мужских способностях, и переживание сексуальной неполноценности ведет к чувству стыда и отказа, а отсюда – к кризам самооценки.

Однако часто динамика нарушений эрекции протекает сложнее. Существуют многочисленные невротические условия возникновения, например наличие персистирующей либидинозной привязанности к матери с последствиями в выборе партнера и в неосознанных конфликтах с партнером; страх оскорбить партнершу; страх попасть под ее власть или быть ею отвергнутым; далее — страх, исходящий из вытеснения сексуальных потребностей, которые в детстве запрещались; неразрешенные амбивалентные отношения с отцом то ли в смысле эдипального конфликта, то ли неполных идентификационных возможностей; соответственно конфликт с собственным повзрослевшим сыном. Мужчины, испытывающие неудачи в других профессиональных областях, могут стать «импотентными» и сексуально. Нарушение эрекции может зависеть и от партнерши, когда разные обстоятельства партнерства определяют факультативные нарушения эрекции.

Нарушения эякуляции вызваны не гипофункцией гонад (олигоспермия, аспермия) и вытекающей отсюда неспособностью к зарождению жизни, а нарушенным процессом эякуляции у органически здорового человека. Если эякуляционный процесс недостаточно контролируется, то эякуляция наступает слишком рано, еще до введения члена или сразу после этого. Такая преждевременная эякуляция (МКБ 10: F52.4) часто бывает связана со слабостью эрекции у партнера и с нарушением оргазма у партнерши. Легкие нарушения такого рода необязательно ведут к неудовлетворенности партнера, поэтому не в каждом случае их надо лечить. Психореактивные условия возникновения подобны таковым при нарушении эрекции.

Задержка эякуляции (МКБ 10: F 52.3), если она не обусловлена органически, имеет свойства психодинамически психосексуального торможения и страха кастрации, а также латентных гомосексуальных тенденций, нередко страх нежелательной беременности или «загрязнения» партнерши. Несостоявшаяся эякуляция оставляет чувство неудовлетворенности и расстройство настроения. К сексуальным переживаниям принадлежит эякуляция без чувства оргазма. Если эякуляция не происходит, возможна *ретроградная эякуляция* в мочевой пузырь, что, как правило, обусловлено соматически, а именно вследствие операции аденомы простаты или вследствие неврологического поражения.

Функциональные сексуальные расстройства у женщин (в отличие от мужчин) встречаются больше в виде переживаний, чем функций. *Сексуальная неудовлетворенность* (МКБ 10: F 52.0) бывает чаще, чем у мужчин, что связано с психосоциальной ролью женщины, в том числе и с процессами половых отношений, которые со стороны женщины необязательно связаны с чувством удовольствия. Сексуальные аппетиты женщины во многом зависят от ее личных установок и претензий.

Соответственно чувствителен и подвержен торможению физиологический процесс *возбуждения* (прилив к половым губам и увлажнение стенки влагалища, любрикация).

Вагинизм (спазм мускулатуры низа влагалища и дна таза; МКБ 10: F52.5) может затруднять или делать невозможным половой акт. Чаще бывают боли во время акта (*диспареуния*; МКБ 10: F52.6), которые могут иметь и органическую природу, например после операции. Но и в таких случаях бывают полезны возможные психодинамические условия.

Оргазмические расстройства (МКБ 10: F52.3) имеют многочисленные варианты, они могут быть более или менее выражены, они появляются периодически или бывают постоянными, субъективно больше или меньше воспринимаются как недостаток. Нет никакой нормы оргазма, и поэтому нет количественной оценки его нарушений. Актуальны ли эти нарушения клинически, зависит в основном от ситуации у партнеров и от того, как они ее оценивают.

Названные ограничения воспринимаются нередко как нечто нормальное. Имеются все степени — от безразличия и неактивного участия до отвращения и отказа. Следует обращать внимание на современные колебания в женской сексуальной активности, на зависимость ее от сексуального поведения мужчины, а также от прежнего мастурбационного опыта и не в последнюю очередь от течения сексуального возбуждения, которое различается у партнеров во времени. Ограниченная способность к половым переживаниям часто встречается у молодых женщин и может со временем измениться. Дефицит сексуального обучения, враждебное сексуальное воспитание и соответственные страхи влияют более продолжительно на женщин, чем на мужчин. Социальные влияния на сексуальность женщин имеют и эмоциональную окраску.

Глубокие невротические потрясения способствуют задержке психосексуального развития. Неосознанный страх загрязнения и причинения вреда затрудняет возникновение

эротических и сексуальных чувств в партнерских отношениях. Психодинамически это можно объяснить связями с родительскими отношениями и переживаниями ранней детской сексуальности. В партнерских отношениях готовности к переживаниям могут повредить опасения (или реальная возможность) нанесения вреда со стороны мужчины. Выраженные партнерские конфликты разнообразны, и распознать их не всегда легко.

Средства, подавляющие овуляцию, с одной стороны, могут усилить сексуальные функциональные расстройства (особенно связанные с боязнью забеременеть), а с другой — вызвать или усилить расстройства сексуальных чувств. Нередко возникают страхи, особенно боязнь маскулинизации, необратимой стерильности, неудачных родов, возникновения рака и других осложнений. Надежная контрацепция во многом может изменить самоощущение женщины и ее партнерские отношения: небезопасность полного отказа от предохранения, чувство вины из-за этого, опасение изменений внешности. Конфликты прежних лет могут активизироваться, и тогда манифестируют невротические развития. Психические нарушения вследствие гормональной контрацепции (лабильность настроения, возбудимость, безрадостность, дисфоричность, бедность инициативы) могут, вероятно, быть обусловлены фармакологически, поскольку при применении новых препаратов они выражены меньше.

Повышенное сексуальное влечение у женщин также бывает выражением сверхкомпенсации недостатка переживаний и недостатка чувства самоценности (сомнительно, что имеется собственно гиперсексуальность в смысле гиперлибидимии или нимфомании). У девочек общая задержанная способность к контактам нередко приводит к ранним половым отношениям (особенно у физически акселерированных девочек); это можно легко объяснить утратой тормозов или гиперсексуальностью, которой практически в юности не бывает. Кажущийся успех контактов становится причиной для постоянного повторения опыта; каждый раз возникает разочарование, но однажды начавшийся тип отношений никак не меняется. Так может произойти раннее патологическое сексуальное развитие, ведущее к проституции.

Консультация и лечение. Прежде всего надо исключить органические причины. Если нарушения определяются напряженным ожиданием и страхом неуспеха, бывает достаточно информирующего и советующего разговора. Однако чаще необходимо более глубокое сексуальное просвещение. Важно, чтобы врач сам преодолел свое нежелание говорить на эту тему и мог установить речевой контакт; самое надежное при этом — пользоваться правильными обозначениями вместо академических иностранных терминов или вульгарных выражений. Собеседование начинается

с тщательного общего, биографического и специально сексуального анамнеза (ранние сексуальные переживания, история сексуального обучения, прежние и нынешние сексуальные связи и партнерские отношения).

Из поведенческо-терапевтических методов особенно известен поведенческий подход Мастерса и Джонсона, который использует наставления и упражнения. Предпочтителен опыт, введенный Зингер-Капланом, а также Арентевичем и Шмидтом, которые акцентируют внимание на поведенческо-терапевтической сексуальной консультации и психодинамике. Часто необходимо привлекать партнера и проводить *терапию пары*. Результаты лечения удивительно благоприятны. Частности описываются в специальной литературе.

Сексуальные девиации

Сексуальные девиации — «это привычная специализация на необычных сексуальных привычках» (Сигуш). Синонимы — сексуальные отклонения, перверзии, парасексуальность, парафилия.

Что представляет собой девиация, нельзя объяснить только сексуальным поведением, это возможно сделать только опираясь на социокультуральные восприятия и оценки. Необычная сексуальная практика может рассматриваться как «норма», если она связана с соответствующими переживаниями партнера и интегрирована в совместное эротически-сексуальное удовольствие. Исходить из этой «нормы» проблематично потому, что сексуальные переживания и поведение вообще выходят за рамки того, что в иных областях человеческой жизни считается нормальным (преодоление собственных ограничений, экстаз).

Отсюда внешняя сторона сексуальных девиаций не как разновидности нормы, а как иной формы поведения исходя из понимания их психодинамических и биографических обстоятельств. В чем заключаются понятия иного и отклоняющегося, объясняется в частных формах.

Возникновение до сих пор мало изучено. О соматических факторах ничего достоверного неизвестно. Психодинамические условия постулировались издавна, но лишь теперь начались тщательные наблюдения. С этих позиций девиации являются выражением невротического торможения, это парциальная задержка или регрессия на более раннюю ступень. С позиций дазайнанализа они трактуются как неудачи сво-

бодной и удовлетворяющей сексуальной деятельности. Фрейд подчеркивал, что «общая сила любви нигде так сильно не проявляется, как при ее ограничениях».

Прежде чем описать отдельные формы сексуальных девиаций, необходимо настоятельно подчеркнуть, что они манифестируют не только в описываемых здесь формах, но и в более легких формах при ничем не примечательных в остальном проявлениях сексуальности. Тогда они не переживаются с чувством конфликтности и виновности и не ведут к социальным или судебным осложнениям. Если же они мало согласовываются с собственным представлением о ценностях и о собственном достоинстве и если атипичная сексуальная практика смущает партнера, возникают напряжение, страх и чувство вины, которые человека очень отягощают.

Садизм и мазохизм (МКБ 10: F65.5) — это названия сексуального поведения с причинением и получением боли. Между такими крайними формами, как заковывание и избиение партнера или собственное пребывание закованным и избитым, и встречающимися при неосложненных сексуальных отношениях элементами насилия и жертвенности существуют всевозможные переходы. Активность и пассивность между партнерами взаимно дополняют друг друга или индивидуально амбитендентны; удовольствия от мучительства и страдания лежат близко друг от друга и могут проявляться совместно (*садомазохизм*).

Девиация заключается в том, что это в меньшей степени сексуальные переживания, чем потребности: с одной стороны, проявления силы и мучительства, а с другой стороны — самопожертвования и страдания, которые, так сказать, сексуализируются. Понятия садизма и мазохизма выходят за пределы сексопатологии и должны употребляться в широком смысле как удовлетворение господствованием и подчинением.

Во многих садомазохистских партнерских отношениях (в том числе гомосексуального характера) в конечном итоге эти отношения контролируются и регулируются, т. е. приобретают ритуальный характер. С другой стороны, имеется экстремальная садомазохистская практика в области проституции и некоторых субкультурах.

Педофилия (МКБ 10: F65.4) — сексуальная склонность в отношении детей. В законах разных стран устанавливаются различные возрастные границы этого. Девиация заключается в том, что взрослые односторонне удовлетворяют свою страсть за счет детей. В большинстве случаев речь идет о мужчинах, связывающихся с девочками. Кроме того, имеют-

ся гомосексуальные связи взрослых мужчин с мальчиками (*педерастия*). Педофилия в социальном плане привлекает большее внимание, чем другие девиации, но при этом речь идет не о «развращении», а о человеческой слабости. Часто это только застенчивое приближение, реже целенаправленное и агрессивное поведение. Во многих случаях вред для «жертвы» вовсе не так велик, как представляют себе профаны; нередко он причиняется неадекватной реакцией взрослых на «развратное» поведение. Травмированию в большей степени подвержены девушки, чем юноши, так как они более поддаются властным домоганиям и психологическому давлению.

Здесь речь идет не о единой группе пациентов, а о разных констелляциях и условиях. С одной стороны, это неуверенные в себе, социально и личностно ограниченные люди, которые не могут достичь адекватных партнерских отношений и ищут удовлетворения своих потребностей на детях. С другой стороны, имеются люди среднего возраста, которые ведут ничем не примечательную жизнь, казалось бы, без проблем руководя своей семьей, но проявляют склонность к педофилии. Немало педофильных людей работает среди представителей педагогических профессий, попадая в них необычными путями; но и в своем естественном, неопытном и пристойном существовании являются инфантильным образом самих себя.

Кроме того, педофилия встречается у юношей, малообразованных, из неблагополучных семей и социально запущенных; у них чаще встречается сексуальное насилие. Наконец сюда же относятся «развратные действия» стариков в отношении детей (мальчиков или девочек); часто речь идет об относительно безобидном поведении, что соответственно оценивается юридически.

Эксгибиционизм (МКБ 10: F65.2) — это демонстрация своих половых органов, в основном перед женщинами и детьми, реже перед юношами. В большинстве случаев речь идет о мужчинах 30—40 лет с упорядоченными отношениями и женатых. Они получают удовольствие от реакции смотрящего, будь это любопытство, возбуждение или страх, а также возмущение родителей. Нахальное поведение при эксгибиционизме встречается редко, мастурбация чаще. Повторность таких действий является правилом.

Для объяснения этого приводятся *психодинамические* конфликтные семейные отношения в детстве, авторитарные отцы (с малыми возможностями идентификации) и вследствие этого жизнь с низкой самооценкой. Эксгибиционизм — это показатель беспомощности и слабости, которые компенсируются демонстративностью. Люди прибегают к эксгибиционизму при кризисах

самооценки; эксгибиционизм становится неосознанной и неудачной попыткой самоутверждения и демонстрации превосходства (половой член как символ силы). Испуг зрителей и полицейское преследование подтверждают это в глазах эксгибициониста.

В *пубертате* эксгибиционизм часто встречается как безобидная переходная фаза (пубертатное сексуальное поисковое поведение), особенно при слабой контактности подростков и их неуверенности в себе. Если сопровождающие мастурбацию фантазии содержат нормальные партнерские представления, то прогноз благоприятен.

Эксгибиционизм наказуем по статье уголовного кодекса — возбуждение общественного гнева. Указания на невротический генез и особенно на связь с депрессивным кризом самооценки приводят к ограничению вменяемости. Судебное наказание не дает пользы (в том числе и в смысле опасности рецидивов); вред для женщин и детей невелик, поэтому нужно по возможности избегать лишения свободы и добиваться отклонения подобного наказания.

Вуайеризм (МКБ 10: F65.3) — это сексуальное удовлетворение от подглядывания за половым актом других, а также при наблюдении за раздетыми или раздевающимися женщинами. Вуайерист держится обычно в тени, очень редко бывает сексуально агрессивен. Часто это заторможенные и пугливые люди, как и при эксгибиционизме, с которым вуайеризм может сочетаться. Здесь также идет речь о рудиментарных формах полового поведения, которое объясняется как сохранение детского сексуального любопытства.

Фетишизм (МКБ 10: F65.0). Не каждый кусок одежды или сходные вещи, волосы или другие части тела могут вызывать сексуальное возбуждение. Фетишизм — это сексуальное стремление к какой-либо вещи, являющейся заменой партнера, ведущее к удовлетворению потребности. Сексуальное возбуждение и эякуляцию чаще всего вызывают белье и обувь. Как и эксгибиционизм, возникающий в пубертатном и юношеском возрасте, фетишизм относительно благоприятен по прогнозу. Психотерапии эта сексуальная девиация легкодоступна.

При **трансвестизме** (МКБ 10: F64.1) мужчины получают удовлетворение от переодевания в женскую одежду и от поведения, подобного женскому. Поведение носит различный характер. Многие имеют стабильные партнерские отношения, хотя обнаружение такого нарушения может привести к серьезным конфликтам в крепком до того супружестве. Мужчины-трансвеститы чувствуют себя иначе, чем транссексуалы (это нарушение у женщин встречается значительно реже), у них сохраняется чувство принадлежности к мужскому полу и нет тяги к своему полу. Впрочем, трансвестизм может предварять транссексуализм. Трансвестизм носит больше признаков сходства с фетишизмом: как обладание частями женского белья, так и ношение женской одежды может стимулировать сексуальность (фетишистский трансвестизм; МКБ 10: F65.1).

Клептомания (МКБ 10: F63.2) — это насильственные кражи, в том числе и фетишистских объектов, которые могут увеличить сексуальное возбуждение. Воруются и другие объекты, причем сам процесс кражи воспринимается наполненным чувством удовольствия. Имеются и

другие мотивы болезненных краж — оральные импульсы и невротическое стремление к обладанию, в том числе у больных с анорексией.

Зоофилия (содомия) — так называются сексуальные отношения с животными, например интеллектуально неполноценных и недоразвитых людей в деревне, а также сексуальная замена у изолированных людей. Это отклонение, которое встречается все реже, бывает преходящим.

Сексуальная агрессивность, насилие, сексуальное убийство. Агрессивность в сексуальных отношениях считается девиантной тогда, когда поведение меньше направлено на сексуальное удовлетворение, а больше на доминирование над партнером. То же можно сказать и о насилии, но оно может иметь в своей основе и иные мотивы. Психологически — это не единый процесс. Сексуальное убийство в узком смысле слова выводится из садистских импульсов. От него надо отличать убийство в связи с насилием, из-за страха быть опознанным и наказанным.

К терапии. То, что известно о психодинамике девиантного сексуального поведения (кратко описанного здесь), близко к конфликтцентрированной и переструктурирующей психотерапии. Но в этой области накоплено мало опыта, так же как и в поведенческой терапии сексуальных отклонений, поскольку их обладатели редко ищут врача и психотерапевта, разве что только при сильных страданиях или при появлении вторичных конфликтов и проблем. Используются такие методы поведенческой психотерапии, как формирование самоконтроля, усиление недевиантного сексуального поведения. Назначаемые судом обязательные методы терапии в большинстве случаев мало способствуют излечению.

В соматическом лечении девиаций с агрессивным поведением или с выраженными самоповреждениями предпочтителен метод гормонального лечения (так называемая временная кастрация). Обычно одновременно используют ципротеронацетат («Андрокур»). Во всяком случае следует сочетать лечение гормонами с психо- и социотерапией.

Это синтетическое вещество действует гестагенно и антиандрогенно. Дозировка: энтерально от 50 до 300 мг андрокур-депо с промежутками 10—14 дней. Благодаря блокаде андрогенных рецепторов андрокур в течение 4 недель вызывает торможение полового влечения и потенции. Гистологическое исследование обнаруживает неактивное состояние эпителия семенников и почти полную остановку сперматогенеза. Феминизирования не наступает, а переносимость препарата хорошая. После отмены препарата эффект обратим через несколько недель или месяцев. Однако при длительном лечении и при больших дозировках может наступить атрофия яичек в форме склероза канальцев. Противопоказания — болезни печени и злокачественные опухоли. У юношей с девиантным поведением такое гормональное лечение не показано, поскольку эти расстройства часто преходящи, а гормональное лечение вредит общему развитию.

Расстройства сексуального развития и насилие в зрелом возрасте (МКБ 10: F66). Пубертатный эксгибиционизм и фетишизм в основном как безобидные признаки сексуальной неустойчивости и нарушения контактов уже обсуждались. Однако в этом возрасте могут развиваться и такие сексуальные нарушения, которые у юношей стоят на грани криминальности, а у девушек переходят границы социально дозволенного поведения.

Юноши этого возраста иногда совершают сексуальные насилия — попытка или полное изнасилование, которое сопровождается сексуальной атакой, вплоть до убийства жертвы. Такие поступки для окружения бывают совершенно неожиданны. Юноша до этого не подавал никаких признаков, свидетельствующих о возможности совершения подобного преступления. Эти действия в большинстве случаев бывают манифестацией общего пубертатного криза, который во многом выражается разрушительно. За этим в основном стоят глубоко вытесненный конфликт с родителями и выраженная проблематика самооценки. Такие действия кажутся необъяснимыми. Юноши сами не могут объяснить своего поведения (это возможно лишь с психотерапевтической помощью). Они не могут объяснить своего состояния эксперту, который в свою очередь на основании текущих данных не может дать ни диагностическую, ни прогностическую оценку совершенному деянию.

В подавляющем большинстве случаев подобные действия бывают однократными. Дальнейшее состояние, даже при отбывании наказания, ничем не примечательно. Реже за этим действием скрывается начало развития психоза или же развивается хроническое невротическое состояние. Без психотерапии невротические юноши склонны к повторению своих действий с удивительной идентичностью.

Для *лечения* показаны длительная психотерапия или по меньшей мере социально-педагогические рекомендации, которые, однако, во всех других рамках трудно осуществимы.

Транссексуализм

Транссексуалы твердо убеждены, что они принадлежат к другому полу, так сказать, родились в чужом теле. Телесная конституция и психосексуальные переживания у них не совпадают. Они страдают от своего анатомического пола. Транссексуализму иногда предшествует трансвестизм (так называемый вторичный

транссексуализм), но в остальном эти два нарушения имеют мало общего.

Эпидемиология. Наличие транссексуалов оценивается от 1:20 000 до 1:100 000. Распространенность транссексуализма в последнее время увеличивается. Транссексуализм мужчина-к-женщине встречается в 2 раза чаще, чем женщина-к-мужчине. *Классификация* по МКБ 10: F64.0.

Начало заболевания относится к детству. Желание перемены пола сохраняется многие годы и его трудно подавить. Сексуальные потребности и поведение различны. Отмечаются многочисленные варианты сексуальной жизни и социального поведения. Часть таких людей имеет гетеросексуальные связи, соответствующие их полу, но эти партнерские отношения их не удовлетворяют. Гомосексуальность они не признают, иногда даже не допускают. Транссексуалы мужчина-к-женщине требуют от других мужчин, чтобы их добивались, как женщин, а транссексуалы женщина-к-мужчине действуют наоборот. Многим же нужно не столько сексуальное удовлетворение, сколько половая идентичность. При наличии представления о принадлежности к другому полу они создают впечатление, что у них сверхценные или бредовые идеи (при шизофрении перемена пола является бредовой идеей). Во всяком случае транссексуализм не всегда однозначен; имеются и неясные, ложные расстройства.

Этиология не ясна. Генетические исследования не проводились. Строение тела и эндокринные показатели соответствуют реальному, а не желаемому полу, в том числе и хромосомный набор. У небольшого числа мужчин определяется хромосомная аберрация XXY, свойственная синдрому Клайнфельтера. Иногда встречаются указания на минимальную мозговую дисфункцию. К гермафродитизму никакого отношения не имеет. Гормональные факторы на основе экспериментов над животными позволяют предположить, что в течение развития центральной нервной системы и дифференцировки ее после закладки анатомического субстрата возможно модифицирование психосексуального развития вследствие гормонального вмешательства.

О *психодинамике* известно мало. Исходя из гипотезы, что роль пола существенно отражается на переживаниях детства, на условия возникновения патологии сильное влияние оказывает связь с матерью (у мальчиков) и слабая фигура отца, малопригодная для идентификации (такая констелляция мало специфична, но встречается при многих других обстоятельствах), кроме того, играет роль желание родителей иметь дочь вместо сына и соответствующие этому ожиданию условия воспитания.

Лечение. Транссексуалы ждут от врача гормональной или оперативной перемены пола. Другие терапевтические предложения резко отклоняются. *Психотерапия* применяется редко. Она остается безрезультатной, если направлена против транссексуальной идеи. Однако в связи с межчеловеческими конфликтами и социальными затруднениями психотерапевтическая помощь показана, например, в форме направляющей и поддерживающей психотерапии, в том числе после операций.

Лечение половыми гормонами (эстрогенными препаратами при транссексуализме мужчина-к-женщине и, напротив, тестовироном при транссексуализме женщина-к-мужчине) проводится в направлении ожидаемых изменений вторичных половых признаков (большей частью обратимых) с учетом пожелания больных, вызывая у них чувство облегчения.

Оперативное изменение пола долго отвергалось из этических соображений; сегодня оно оценивается позитивно благодаря усовершенствованию техники операций и улучшению результатов. Транссексуалы подвергаются психотерапии и гормональному лечению. У мужчин пластика груди и неовагины удается лучше, чем пластика полового члена у женщин (стоимость операции оплачивается из больничной кассы). Результаты анатомических и социальных последствий разные. Малоуспешным операциям и неблагоприятным судьбам противостоят удачные последствия операций. С одной стороны, бывают даже удивительно стабильные браки после операции, если исключать все остальные проблемы. С другой стороны, бывают и неблагоприятные исходы.

Закон о транссексуалах (1981) позволяет изменять имя и пол, что делают ежегодно свыше 100 человек (в пределах бывшей ФРГ).

Гомосексуализм

Гомосексуализм как вариант сексуальной жизни и поведения лежит вне рамок сексологии и психиатрии. Лишь при определенных условиях психиатрия занимается гомосексуальными (гомофильными) людьми, особенно в личностных и социальных конфликтных ситуациях. Об этом свидетельствует современная психиатрическая *классификация*. МКБ 10 формулирует (в соответствии с DSM-III-R) «Эго-дистоническая сексуальная ориентация в связи с гомосексуализмом» (F66.1).

Гомосексуализм у мужчин. В гомосексуальных связях между мужчинами существуют удовлетворяющая их сексуальная жизнь и крепкая дружеская привязанность. Однако зачастую сексуальное и личностное удовлетворение оказывается недостаточным; часта смена партнеров. Некоторые гомосексуалисты на длительное время впадают в болезненно переживаемое ими состояние изоляции. Даже в странах, где гомосексуализм не наказуем, они легко остаются за рамками общества. Неприятие, постигающее гомосексуалистов почти во всех культурах, коренится в конечном итоге в страхе перед обратной стороной себя, перед возможностью развития собственной гомосексуальности, а также в защите от нее. Национал-социалисты жестоко преследовали гомосексуалистов.

Эпидемиология. Трудно точно определить, как часто встречается гомосексуализм, поскольку имеется вполне объяснимое осуждающее внимание к нему. Кроме того, сами границы его текучи (бисексуальность) и сам гомо-

сексуализм неоднороден (см. ниже). Считается, что среди мужского населения гомосексуализм составляет 4—5 %.

Диагностически гомосексуальные установки распознаются по соответствующим мастурбационным фантазиям и возбудимости при виде объектов своего пола и иных соответствующих картин. При этом нужно помнить, что гомосексуальные установки ни в коем случае не обозначают соответственные партнерские контакты. Гомосексуализм не един и должен анализироваться в разных аспектах.

С позиций *психологии развития* гомосексуализм — это переходная фаза сексуального развития, имеющаяся у 1/3 молодых людей. Она возникает, когда возрастающая сексуальная потребность не реализуется с женщинами по внутренним или внешним причинам. Тесные контакты с друзьями-одногодками и с несколько более старшими могут быть близки к гомосексуальным притязаниям, а частично — и к гомосексуальным контактам. Такие установки, зависящие от взаимоотношений между близким окружением и от сложившихся обстоятельств, проходят с окончанием этой возрастной фазы.

Психопатологически гомосексуализм предшествует многим психическим нарушениям и заболеваниям, особенно невротическому развитию. Такие еще мало выросшие и мало укрепившиеся мужчины не находят пути к противоположному полу и остаются, так сказать, на уровне своего проверенного пола. Их задержки сказываются и в других областях переживаний. В таком патологическом развитии могут участвовать и органические мозговые факторы (минимальная мозговая дисфункция). Гомосексуализм предшествует и шизофрении, при которой психосексуальное развитие задерживается на ранней стадии, а также отмечается у стареющих мужчин в виде регрессии на более раннюю психосексуальную ступень развития.

Гомосексуализм в узком смысле слова (ядерная группа, предрасположенность к гомосексуализму, генуинный гомосексуализм) в противоположность вышеописанным формам — это неизменное и стойкое сексуальное влечение к лицам своего пола между взрослыми людьми. Такие люди не проявляют невротических признаков или личностных расстройств; в строении тела и поступках нет женских черт. Они мало склонны к девиантным сексуальным поступкам. В своем окружении ничем не примечательны. Причина их гомосексуальности часто остается неизвестной. Многие отрицают свои наклонности, чтобы избежать социальных проблем. Нередко одни маскируются браком, а другие решительно борются с общественным мнением за права гомо-

сексуалистов и объединяются с единомышленниками в группы действия.

Этиология. Даже если гомосексуализм оценивается как возможный вариант психосексуального развития и не обозначается как патология или девиантность, имеет смысл искать биологические и психологические условия, которые приводят к тому, что каждый 25-й мужчина не гетеросексуален, а гомосексуален. До сих пор в этом отношении мало что известно достоверно.

Результаты исследования близнецов подтверждают генетические факторы: однояйцовые близнецы одинаково направлены по психосексуальным процессам, в том числе конкордантны по гомосексуальности (также по сравнению с двуяйцовыми близнецами). Предполагается многофакторное наследование. В любом случае наследственность не может быть единственным фактором возникновения, так как при очень малом числе детей у гомосексуалов сама гомосексуальность исчезла бы.

Отклонений в соматических признаках нет, как нет и хромосомных аберраций. Результаты гормональных исследований противоречивы.

Биолого-онтогенетически предполагаются те же соображения, что и при транссексуализме. Они исходят из того положения, что гипоталамус — не только центр гормональной регуляции, но и центр регуляции полового поведения и что андрогенные гормоны обусловливают мужскую или женскую направленность сексуального поведения. Эти данные и их экстраполяция на людей оспариваются. Поведенческие исследования показывают, что на выраженность и направление сексуального поведения животных влияет и их прежний опыт.

Попытки психологических и глубинно-психологических объяснений многочисленны и частично противоречивы. В большинстве случаев они дают интерпретирующие формулировки, а не объясняют фактические данные. Показательно, что будущие гомосексуальные мужчины уже в детстве обращали на себя внимание поведением, сходным с поведением девочек (мальчики-неженки). Влияет ли на это отсутствие отцов в смысле эмоционального дефицита общения с отцом и соответственно более тесная психодинамическая связь с матерью, еще окончательно не ясно. Соответственно можно предполагать, что гомосексуализм возникает не только благодаря «соблазнителям».

Обобщая, можно сказать, что для комплексного объяснения гомосексуализма существующих данных еще не достаточно.

Терапия. Психотерапия, естественно, направлена не на сам гомосексуализм, а показана при конфликтной, эго-дистонической сексуальной жизни. Наряду с переработкой актуальных трудностей необходимо смягчить сверхценную значимость сексуальности вообще. Родственники гомосексуалиста часто ищут помощи и спрашивают о возможности «нормализации»; здесь возможно облегчение благодаря информации и взаимопониманию.

Правовая оценка гомосексуализма различна. Во многих странах он не наказуем. В ФРГ § 175 изъят из Уголовного кодекса. Наказуемым остается только сексуальное насилие (любого рода) над лицом моложе 16 лет со стороны лица старше 18 лет.

Гомосексуализм у женщин (лесбийская любовь). О женском гомосексуализме психологически, социологически и биологиче-

ски известно еще меньше, чем о мужском. Он меньше порицается в обществе, не наказывается судом и политически не преследуется, реже выявляется и меньше замечается.

Различия определяются и по установкам, и по формам поведения. Гомосексуализм у женщин развивается позднее, он значительно чаще переживается с чувством удовлетворения; отношения в паре более тесные и длительные, смена партнеров происходит реже, чем у гомосексуальных мужчин. Только у немногих гомосексуальных женщин проявляются определенно мужские черты, которые в большинстве случаев скрадывают женственность. Бисексуальность относительно часта, девиантное сексуальное поведение очень редко.

Частота гомосексуализма у взрослых женщин составляет 1—2 %.

Из этого надо исключить преходящие гомосексуальные действия в пубертате и в следующих за ним фазах развития женщины, частота которых составляет 10—20 %. Предварительной ступенью является тяготение девочек друг к другу и к взрослым женщинам, которых они считают идеалом, что обычно остается на уровне теплых отношений и лишь редко ведет к физическим контактам.

Условия возникновения гомосексуальности у женщин еще менее ясны, чем у мужчин. Очевидных генетических или биологических данных нет. Психодинамические объяснения исходят скорее из теоретических концепций о том, что первичные отношения к лицу женского пола (матери), как к первому объекту любви, сохраняются дольше, особенно если эта любовь остается без удовлетворения.

Лечение необходимо только в кризисной ситуации, особенно при разрыве отношений. Понимающе-защищающая психотерапия должна быть направлена на насыщенные конфликтами эго-дистонические установки, в том числе в связи с бисексуальностью.

Экскурс: о сексуальности психически больного. Сексуальное поведение психически больных не так сильно отличается от поведения здоровых, как это долго считалось. Сексуальность несколько ослабевает при депрессиях, а в маниакальных состояниях часто повышена. Нейролептики и другие психотропные вещества часто подавляют сексуальность. Гомосексуальность (ядерная группа) при психических заболеваниях встречается не чаще, чем среди здоровых, как и сексуальные девиации.

Сексуальное партнерство среди психически больных (в том числе у тяжелых психотических больных) возникает часто, особенно при длительной госпитализации (в стационарах со смешанным составом больных не чаще, чем при раздельном их пребывании); соответствующее положение существует и в стационарах других типов. Эти отношения не должны рассматриваться как опасные, если пациенты не имеют выраженного дефекта;

нежелательные, приносящие вред отношения встречаются достаточно редко.

Отношения сексуального характера между пациентами и персоналом клиник нежелательны, как и другие частые контакты персонала и больных, которых из терапевтических соображений стараются избегать.

ЗАВИСИМОСТЬ И НАРКОМАНИИ

Общая часть

Наркотизация. Влечение к наркотикам является психологическим предшественником зависимости и наркомании и проявляется в стремлении к бегству от невыносимой реальности в одурманивание. При этом речь может идти о болях или бессоннице, хозяйственных заботах или других трудностях. Но чаще бывают «внутренние» причины, как стойкие неудачи и конфликты амбивалентного порядка, которые хочется заглушить, а затем — одиночество и утрата смысла жизни.

Благодаря наркотическим средствам достигается чувство приподнятости без реального улучшения ситуации. Непереносимость положения на время дезактуализируется, но не устраняется. Далее ситуация становится еще менее переносимой. Так возникает непреодолимое влечение к наркотикам (страсть) и все большая зависимость (невозможность обойтись).

В наркотическом поведении очевидны саморазрушительные компоненты, поэтому наркомания интерпретируется как пролонгированный суицид, опьянение — как зачаток смерти. Одни наркоманы умирают от суицида, у других разрушается если не физическое, то межчеловеческое и социальное существование. При этом суицидальные фантазии, как и суицид, служат тому, чтобы избавиться от невыносимой реальности, в надежде, что тогда прекратятся все страдания и нужда.

Зависимость и наркомания возникают при сочетанном действии таких факторов, как актуальная ситуация трудностей и конфликтов с тенденцией к защите от них и к их избеганию, нарастающие изменения личности, возможно, на основе наследственно обусловленной структуры личности. Поведение наркоманов имеет в существе своем невротическую природу.

Психодинамически наркомания интерпретируется, как замена неполноценной сексуальной деятельности (Фрейд) и как регрессия на оральную ступень развития, не пройденную нормальным образом. При зависимости от удовлетворяющего объекта возникает неспособность исключить оральные потребности. Биографически в детстве находят постоянно дурные привычки. Ребенок не приучается к необходимому сдерживанию своих желаний, а его терпимость к фрустрации недостаточна. При этом сверхзаботливость матери может быть выражением гиперкомпенсации стремления избавиться от ребенка.

Ненаркотическая зависимость. Зависимость и наркомания отмечаются только в связи с психоактивными субстанциями (см. ниже) и не касаются еды и питья (мания похудения, мания еды, мания ожирения, стремление к питью).

Самые разные отклонения в поведении человека могут привести к появлению у него зависимости и опасной наркотизации. Усиленное внимание к человеческим проблемам и конфликтам и в то же время однообразие действуют неблагоприятно, например эксцессивная работа (заседания и «стремление посидеть»), спорт и сексуальность. В формах поведения, в основе которых лежит склонность к наркотизации, можно проследить, что вызывает упущения, хотя при этом необязательны ложные заключения. Кроме того, не надо упускать из виду возможность зависимости от ряда факторов, а также комбинации средств наркотического и ненаркотического характера.

Сексуальная зависимость проявляется в настойчивом стремлении к сексу, которое связано с выраженным внутренним беспокойством, а также с господством сексуальных представлений и импульсов, нарастанием склонности к девиантным, сексуальным действиям.

Страсть к азартным играм. Азартные игры уже были в старых культурах; в исламе на них наложен запрет. Азартные игры давно известны, а теперь благодаря новой технике распространились еще больше, чем раньше. Это связано не только с многочисленными казино, но и с огромным числом игральных автоматов. При этом различают развлекательные автоматы (до 30 пфеннигов фишка) и специальные автоматы в узком смысле, игра на которых соответствует играм в казино. Захваченными оказывается большинство юношей и людей с низкими доходами, однако не все они влезают в долги. Один процент населения (по оценкам) — это игроки. «Оборот» средств идет на миллиарды.

Во многих этих случаях определяется невротический генез (см. выше), особенно нарцистический и эдипов конфликты. Многие играют, чтобы выиграть, а некоторые — чтобы проиг-

рать. Наряду со стремлением к мощи и силе встречаются и аутодеструктивные тенденции (виновность, суицид). Актуальны многообразные социальные проблемы, партнерские конфликты и другие трудности, т. е. не только специфические конфликты. К азартным играм могут привести скука и пустота жизни. Многие ищут в игре снятие напряжения, как в наркотиках. Некоторые одновременно принимают и алкоголь, и наркотики.

Лечение: пострадавшие в основном лечатся охотно, особенно если от них не хотят многого и не призывают к абстиненции. Психотерапия должна быть интенсивной и последовательной, многосторонней и интересной, во всяком случае интереснее игры. Амбулаторное лечение предпочтительнее. К тому же имеются и группы самопомощи.

Зависимость от наркотиков. Тяга к медикаментам и наркотикам — это специфическая форма выражения наркоманического расстройства и его прототип в отношении аутодеструктивных тенденций. К наркотическому влечению как невротически-деструктивному процессу присоединяется вредное действие наркотиков на организм. Поэтому такое влечение означает болезнь, как душевную, так и соматическую.

При обсуждении наркоманий используют учение о неврозах, психофармакологию и токсикологию, учение об органических повреждениях мозга и симптоматических психозах. Многослойность картины болезни и особые терапевтические проблемы образуют из наркоманий самую трудную (в связи с большим распространением) и обширную рабочую область психиатрии.

В число наркотических средств входят медикаменты и вещества, которые изменяют состояние (чаще снижают активность, чем повышают) и вызывают эйфорию, многие меняют способность к переживанию. Когда познается приятное действие, возникает желание его повторить. Остальные признаки их действия различны (см. ниже). Фармакологические средства, которые не вызывают ни один из названных признаков, такие как нейролептики и антидепрессанты, не относятся к наркотическим веществам.

Чтобы понять развитие зависимости от наркотиков, нельзя оставлять без внимания дионистическую сторону опьянения, «то обогащение, которое позволяет узнать жизнь, то внедрение в поток жизни, то наслаждение в возможностях, которое нельзя охватить во всей громадности и безграничности» (Гебзаттель), тогда как исключительно трезвый, живущий по заведенному порядку человек в глазах ищущего опьянения присужден к пустому существованию и скован принципами, которые не позволяют ему отклониться от правильного пути, оставляя мало возможностей раскрытия и наполнения чувств.

Расширение сознания и обогащение жизни — таковы основные аргументы в защиту употребления наркотиков и наркотического опьянения: это со-

стояние для нормального, трезвого состояния по меньшей мере безразлично, если не тягостно. Эти соображения трудно опровергнуть фармакологическими или психиатрическими аргументами. Нужно указывать на то, что хотя опьянение может дать богатство переживаний, но оно создает риск реальному существованию. Зависимость означает утрату свободы, а вред здоровью заставляет прибегать к лечению.

Злоупотребление может происходить при банальных обстоятельствах: общественные обязанности (алкоголь), пробы и хвастовство в юношеской группе (никотин и наркотики) и легко получаемые врачебные рецепты. Бессонница подавляется седативными средствами, против болей бездумно назначается много анальгетиков, нервность все больше лечится транквилизаторами, а после операций опиаты даются слишком долго или слишком много. Но часто в основе злоупотребления лежат сложные ситуации, конфликты и невротические кризы.

Повторное применение наркотиков приводит к *привыканию*, которое выражается в психосоматических процессах: привыкание — это и психический, и соматический процесс. *Психическое привыкание* порождает наркотическое поведение; употребление наркотиков приводит к привыканию, когда развивается ритуал (например, при употреблении алкоголя, курении сигарет); в результате систематичности этих условий приходит в действие злоупотребление. Кроме того, добавляется *физическое привыкание* как фармакологический процесс. При этом различается диспозиционное привыкание, при котором индукция ферментов приводит к повышению толерантности, и клеточное (фармакологическое) привыкание, которое заключается в снижении чувствительности поражаемых органов. Следствием этого является *повышение доз* наркотиков.

Таким путем достигается стадия зависимости. *Психическая зависимость* проявляется в невозможности перестать принимать наркотики. Изменение привычного поведения вызывает неудовольствие и страх; уже зафиксировавшиеся привычки трудно преодолеть, возникает неистребимое стремление к наркотику. *Физическая зависимость* проявляется в симптомах абстиненции при попытках прервать или хотя бы уменьшить потребление наркотика. Эти серьезные физические и(или) психические нарушения практически принудительно приводят к его новому приему. Поэтому наркомания — прогрессирующий процесс, из которого пациент вряд ли может вырваться собственными силами.

Потенциал развития зависимости у отдельных веществ различен, что определяет отношения между потреблением и наркома-

нией. Поскольку наркотик действует в основном на центральную нервную систему и таким образом непосредственно вызывает психические нарушения (среди прочего — снижение критики и побуждений), то терапия в этой стадии все более затруднительна. Отсюда необходимость ранней профилактики. Частные вопросы терапии и профилактики рассмотрены в следующих главах.

Определение. То, что сказано о наркоманическом поведении, наркомании и зависимости, обобщенно выражено в определении ВОЗ (1957): *наркомания* — это состояние периодической или хронической интоксикации, вызванное повторным потреблением наркотических веществ (естественных или синтетических). Для наркоманов характерны: 1) непреодолимое желание или навязчивое стремление дальше применять излюбленное вещество и получать его любыми средствами (порабощение отравой); 2) тенденция к повышению доз (толерантность); 3) психическая и обычно физическая зависимость от действия вещества; 4) эффект, который опасен для самого человека и для общества.

В 1964 г. ВОЗ ввела понятие зависимости: зависимость может быть психической (психологической) и соматической (физической). Исходя из этого, описано 7 типов наркотической зависимости: морфин, кокаин, каннабис, амфетамины, барбитураты, алкоголь, галлюциногены, гашиш. Сюда же относится зависимость от летучих растворителей и от никотина.

Классификация. МКБ 10 в разделе F1 содержит следующую классификацию: третья позиция характеризует вещество; четвертая — течение (интоксикация, умеренное потребление, зависимость, обрыв); пятая — симптоматику (делирий, кома, припадок, психотические расстройства).

Алкоголизм

По *определению* ВОЗ, алкоголики — это «интенсивные пьяницы, зависимость которых от алкоголя достигает такой степени, что возникают явные психические нарушения или конфликты в их физическом и психическом здоровье, в их межчеловеческих отношениях и хозяйственных функциях, или они являются продромом такого развития и поэтому нуждаются в лечении». По Еллинеку, под алкоголизмом понимается «употребление алкогольных напитков, которое вредит индивидууму или обществу или им обоим». Следовательно, критериями являются зависимость и вред.

Частота. Алкоголизм (МКБ 10: F10) — это постоянно самая большая и возрастающая проблема наркоманий. В среднеевропейских странах 1—3 % населения зависимы от алкоголя. Число алкоголиков в ФРГ составляет около 2 млн (и мужчин и женщин). Мужчины алкоголизируются в 6—7 раз чаще женщин. У

молодежи за последние 10 лет употребление алкоголя несколько уменьшилось – с 29 до 19 % (у юношей все еще 31 %, у девушек – 7 %); в 15–17 лет – 19 и 5, в 18–20 лет – 29 % и 7 %. Первый контакт с алкоголем бывает в среднем в 13 лет (с большим разбросом). В психиатрических стационарах мужчины-алкоголики составляют около 50 % поступлений.

Сюда относятся и те лица, употребляющие алкоголь, которые хотя и не достигли стадии наркомании, но страдают от болезней органов, их частоту трудно определить. Алкоголиков-абстинентов в ФРГ – 6 %. Годовое потребление алкоголя в ФРГ составляет 12 л чистого алкоголя на человека. Траты на алкоголь составляют около 60 млрд немецких марок, из них 8 млрд падает на налоги.

Возникновение. Развитие и распространение алкоголизма не имеет единой причины, а определяется совместным действием различных условий возникновения.

Вначале надо рассмотреть *действие алкоголя*, который является не только средством получить удовольствие, но и психофармакологическим веществом с транквилизирующим эффектом. Алкоголь может подавить напряжение и страх, помогает бороться с унынием и неприятным самочувствием, преодолевать бессонницу. У многих людей, которые пьют, даже после десятков лет опыта не возникает зависимости от алкоголя. Следовательно, нужно изучать вопросы патогенетических факторов.

Употреблению алкоголя и привыканию могут способствовать и *социальные факторы*: семейные традиции, общественный слой, профессии или объединения (вплоть до насильного питья) могут содействовать злоупотреблению. Установка нашего общества в отношении алкоголя соответствует типу разрешающей культуры, которая позволяет умеренное употребление алкоголя, не оценивая достаточно полно связанного с этим риска (имеются разрешающие культуры, которые одобряют даже алкогольные эксцессы, так же как абстинентные и амбивалентные культуры). Экспериментально установлено, что алкоголики (хотя бы часть их) очень зависят от внешних побуждений как в употреблении спиртного, так и в других ситуациях; «сухие» алкоголики отличаются тем, что они эту зависимость от внешних побуждений контролируют специфическим образом (стратегия минимального питья).

Не менее важны *индивидуальные условия* пораженного, начиная с детского возраста: если в семье отношения между ее членами неупорядоченные, отец – любитель выпить или алкоголик

(а также и мать) — это может дать только отрицательный пример. С *психодинамических* позиций к алкоголизму может привести невротическое развитие. При этом алкогольная зависимость объясняется как регресс фиксации либидо на оральной фазе. В анамнезе очень часто встречаются избалованность со стороны матери и отсутствие интересов у отца.

Актуальные трудности и конфликты часто являются поводом использовать психофармакологические свойства алкоголя с целью найти облегчение и разрядку. Прогностическое значение имеют описанные наркоманические пристрастия, которые трудно связать с какой-либо определенной *личностной структурой.* Повседневные наблюдения свидетельствуют о том, сколь различны люди с алкогольной зависимостью (наряду с лабильными алкоголиками имеются «тихие пьянчужки» и «веселые кутилы»).

Возможно, есть наследственное предрасположение к алкогольной зависимости. Изучение *генетических условий возникновения* обнаруживает накопление алкоголиков в семьях, повышенную конкордантность у однояйцовых близнецов и соответствующие данные при усыновлении. Толерантность к алкоголю и частота последующих заболеваний индивидуально очень различны, но, возможно, они генетически обусловлены. Нейрофизиологические и нейрохимические показатели также указывают на генетические маркеры. У части людей с алкогольной зависимостью встречаются аномалии ЭЭГ и другие признаки *минимальной мозговой дисфункции.* Также находят различное дисфункционирование нейротрансмиттеров.

Развитие алкоголизма происходит по типу порочного круга (рис. 3). В ряде случаев устанавливается несколько порочных кругов. *Фармакологически* привыкание приводит к повышению дозы и к проявлениям синдрома отмены, который преодолевается также с помощью алкоголя. *Психологически* к употреблению алкоголя предрасполагают расстройства настроения и чувство неудовольствия; алкоголь, в свою очередь, может заново содействовать развитию подобных чувств и ситуаций. *Социально* алкоголик чувствует себя под наблюдением и находит в этом основание для дальнейшего употребления алкоголя. И еще относительно церебральных функций: алкогольные повреждения мозга с психоорганическими выпадениями могут так ослабить способность сопротивления и самооценки, что это снова приводит к усилению потребления алкоголя.

Диагноз. Алкоголизм часто не диагностируется. Хотя многие из больных приходят к врачу по причине алкоголизма, они не говорят об этом. И часто врач сам пренебрегает данными, которые получает от больного, чтобы избежать серьезного разговора с ним.



Рис.3. Порочные круги алкогольной зависимости (по Кюфнеру)

Ранние симптомы алкоголизма: ухудшение общего состояния, жалобы на желудочные и кишечные расстройства, расстройства сна, позже забывчивость, ослабление потенции, тремор, судороги в икроножных мышцах, подергивания в мышцах. При неопределенных жалобах такого рода врач должен думать об алкоголизме. Отмечается повышение γ-глютаминтрансферазы, хотя это и неспецифично для токсического влияния алкоголя, однако раньше реагирует carbohydrate-deficient-trasferrin (CDT). Диагностическую помощь может оказать краткий опросник по алкоголизму (KFA по Фейерляйну).

Течение и последствия. Обзор по этой проблеме дает классификация Еллинека. Впрочем, не каждый алкоголик проходит все эти фазы.

1. Предалкогольная фаза: стадия прогредиентного облегченного употребления алкоголя, часто мотивируемого социально.

2. Продромальная фаза – стадия возрастания толерантности: оглушения с палимпсестами; тайное потребление алкоголя; постоянные мысли об алкоголе; жадность питья первой дозы; чувство виновности; избегание намеков об алкоголе.

3. Критическая фаза – стадия обсессивного потребления алкоголя: потеря контроля; противодействие упрекам; заносчивое агрессивное поведение; подавленность; смена периодов от полной аверсии до постоянного потребле-

ния алкоголя; утрата друзей; перемена мест работы; поведение, определяющееся добычей алкоголя; потеря интересов; сострадание к самому себе; стремление к перемене места жительства; неблагоприятные изменения в семье; беспричинное негодование; стремление «сохранить лицо»; нерегулярность питания; первое помещение в больницу по поводу «соматических» алкогольных жалоб (которые пациент объясняет любыми другими причинами); падение сексуальной потребности; алкогольная ревность; регулярное питье по утрам.

4. Хроническая фаза — стадия сенсибилизации: длительное, в течение всего дня потребление алкоголя; этический распад; нарушение памяти; преходящие алкогольные психозы; выпивки с людьми ниже по рангу; употребление суррогатов (лосьоны, противоревматические средства, технический спирт); падение толерантности к алкоголю; состояние страха; тремор; психомоторное торможение; питье с характером одержимости; более легкая доступность к лечению.

Алкогольное поражение касается практически всех *систем органов* (токсичен больше всего метаболит ацетальдегид), особенно характерны гастриты и язвенные болезни, болезни печени и поджелудочной железы, кардиомиопатии, обменные и эндокринные заболевания, риск заболевания раком (легких, поджелудочной железы, прямой кишки). Страдает и нервная система: периферические полиневропатии (20—40 %), поражение мозга (кортикальное и субкортикальное), вследствие которого развиваются органический психосиндром, органические психозы, равно как и эпилептические припадки. При абстиненции органические нарушения, на удивление, хорошо регрессируют, как показывают радиологические исследования мозга.

Неврологически при хроническом алкоголизме находят диффузную кортикальную атрофию мозга, а гистологически — признаки так называемой энцефалопатии Вернике: пролиферацию капилляров и венул, увеличение эндо- и перителиальных клеток, спонгиозное разрыхление тканей, пролиферацию фиброастроцитов. Больше всего страдают маммилярные тельца, область третьего желудочка, акведука и четверохолмия.

Алкогольная эмбриопатия: алкоголь — это наиболее частая из распознаваемых причин психической и перинатальной задержки развития ребенка; часто встречаются и внутренние дефекты строения (сердце и урогенитальная система, а также конечности). Такие дети распознаются по внешности в результате типичной краниофациальной диспластичности.

В психической сфере следствием хронического алкоголизма (см. рис. 4 и 5 на цв. вкл.) являются алкогольные изменения личности (МКБ 10: F10.7): беспечно-оживленное и умиротворенное настроение исчезает, сменяясь колебаниями настроения, эгоизмом и бесцеремонностью. Многие алкоголики склонны к жульничеству, нечестности, у них появляется отвращение к работе; также многие становятся криминально опасными. Алко-

голь может высвобождать агрессивные, сексуальные и мазохистские импульсы. При этом усиливается ущербность в имевшихся нарушениях личности, реакциях на старые и новые конфликты, а также развиваются органические мозговые психические нарушения. И в то же время эта симптоматика на удивление хорошо редуцируется, если удается воздержание. В прогрессирующих стадиях присоединяется снижение интеллектуальных возможностей, самой тяжелой ее степенью является деменция, ее особая форма – корсаковский синдром (по МКБ 10: F10.6).

К тому же могут развиться острые психозы. В течении алкоголизма сравнительно часты депрессивные нарушения, в том числе в период отвыкания (F10.53). Это могут быть реакции на отвратительные жизненные условия и невротические депрессии или же меланхолические фазы. Алкоголизм нередко встречается при аффективных психозах (особенно биполярных) и при шизофрении (коморбидный, в том числе двойной диагноз).

Социальные последствия – это инвалидность, распад семьи, разводы, дорожные происшествия, отнятие водительских прав, криминальность.

В поздних десятилетиях жизни злоупотребление и зависимость снижаются (распространенность и число их уменьшаются). *Сениум* смягчающе влияет на пьянство и зависимость. Тем не менее прогноз остается неблагоприятным из-за необратимых соматических осложнений, повышенной смертности и летальности. От суицидов погибает 10–20 %. С другой стороны, имеется маленькая группа алкоголиков с явно сохраненным здоровьем, несмотря на длительное прогредиентное пьянство (так называемые конституционально резистентные пьяницы).

Еллинек выделил следующие формы алкоголизма:

α-алкоголизм: психическая зависимость, семейные и социальные осложнения;

β-алкоголизм: пьянство по случаю или соблазну;

γ-алкоголизм: повышение толерантности, нарушение обмена веществ, потеря контроля, симптомы абстиненции, т. е. алкоголизм в узком смысле слова;

δ-алкоголизм: хотя и не полная потеря контроля, но неспособность отказываться от выпивки, пьют ежедневно, но иногда бывают и трезвыми;

ε-алкоголизм: *дипсомания*. Так называются периодически возникающие эксцессы пьянства, которые объясняются «эндогенно» возникающими расстройствами настроения с промежутками в несколько месяцев воздержания. Запой начинается без видимого повода на несколько дней с поглощением алкоголя без меры, насильственно и без возможностей сопротивления. Чаще же устанавливается, что пьяница в своей безудержности был принужден к запою соблазнительными обстоятельствами и настойчиво пытается замолчать

причину своего эксцесса, выставляет в порядке самозащиты судьбоносные и чуждые личности доводы. Истинная дипсомания – редкость. Характер течения запоев приводит к трудностям их лечения.

Профилактика. Если такое тяжелое и частое заболевание, как алкоголизм, распространяется дальше, то необходимы предупреждающие мероприятия. Профилактика должна направляться на борьбу с традициями и преуменьшением вреда выпивок и начинать с детей; сегодня они подвержены этой опасности с 10–12 лет. Эта *первичная профилактика* – в основном задача педагогов. При этом следует акцентировать детей и подростков на опасность потребления *любых* спиртных напитков в отношении их жизненных чувств и жизненного стиля.

Целью профилактики не должно быть создание общества абстинентов, лишенного алкоголя (что в условиях общества со столетними алкогольными традициями вряд ли достижимо), а умеренное, контролируемое употребление алкоголя; этому же служат альтернативные напитки, например безалкогольное пиво (которое, впрочем, имеет небольшое количество алкоголя и для отвыкающих от алкогольной зависимости неприемлемо). В странах с ограниченной доступностью алкоголя последствия его и количество смертельных исходов уменьшаются.

Возможности *вторичной профилактики* состоят в раннем распознавании и в раннем лечении алкоголизма. Однако многие алкоголики избегают врачей, а врачи нередко просматривают начало алкогольной зависимости. Если не возникает физических или социальных осложнений, многие больные достигают самой глубокой стадии болезни прежде, чем будут готовы к лечению. Распознать и преодолеть тенденцию противодействия пациентов – в этом задача вторичной профилактики, ставящей целью сдерживание развития самой тяжелой стадии алкоголизма.

Но и при полностью выраженном алкоголизме (γ-алкоголизм или хроническая фаза) имеет смысл *третичная профилактика* – задержка развития поздних последствий. Профилактика, терапия и реабилитация преследуют одну цель.

Терапия

Фаза дезинтоксикации: обрыв. Период абстиненции во всех случаях выраженной зависимости должен проводиться стационарно: с одной стороны, чтобы справиться с нередко возникающими осложнениями этого периода, а с другой – облегчить это тяжелое для больного время мучительной борьбы с его желаниями; в таких случаях необходимо лечение только в закрытом от-

делении. Большинство больных чувствует себя так увереннее. Обрыв алкоголя должен быть полным. Постепенное редуцирование доз для больного проходит тяжелее. Окончательной целью является полное воздержание, а не контролируемые выпивки.

В фазе дезинтоксикации больной лечится вначале как чисто соматический больной. Необходимо полное неврологическое и терапевтическое обследование. Особое внимание следует обратить на функции сердца и сосудов. Проявления абстиненции (в основном бессонница, беспокойство, тревожность, тремор, поносы и другие вегетативные симптомы) могут протекать в течение нескольких дней (*классификация* по МКБ 10: F10.03). Выраженность их индивидуально очень различна. Для *лечения* применяется бутирофенон в малых дозах (но не гипнотики и не дистранейрин), к этому добавляется и физиотерапия.

Лечение в закрытом отделении не должно быть длительным. Больной должен приучиться к мысли о воздержании без постороннего принуждения. Дезинтоксикация должна быть связана с мотивационной переработкой. Благодаря только *квалифицированной дезинтоксикации* около 50 % больных может стать на путь освобождения от зависимости; с другой стороны, при чисто медицинском лечении шанс обрести полное выздоровление нереален.

Фаза контакта: мотивация. Когда происходит первый контакт, врач должен бережно, но настоятельно наставлять больного на путь лечения. После исследования психических и соматических нарушений следует обсудить нынешнее состояние больного и оговорить возможности лечения. Еще колеблющуюся мотивацию больного необходимо усилить и сообщить ему, что он страдает болезнью, он не должен себя за это винить, но несет ответственность за проведение лечения. Если осложнения уже наступили (например, делирий), вначале проводят его лечение, контактную и мотивационную фазы относят на конец лечения острого заболевания и дезинтоксикации.

В обращении с алкоголиком следует избегать всякого морализирования. Выговоров и упреков он слышал уже достаточно, обвинений и посрамлений тоже было сверх меры. Врач должен щадить подорванную самооценку больного и упрочить его уверенность в себе. Не следует каждое удовольствие отравлять немилостью и требовать запрета ради запрета или ради устранения нежелания ничего знать. Не следует говорить — «ты должен», или «ты не должен», или «все может случиться», но «ты можешь,

ты нуждаешься». Покорность и сопротивление больного, а частично и его непоследовательное поведение затрудняют лечение. Алкоголик пьет, собственно, вопреки самому себе, когда он чувствует себя скверно, он легко начинает пить вопреки другим и вопреки врачу. Врача это не должно обескураживать.

Фаза отвыкания: снятие зависимости. Процесс наркотизации должен быть прерван, достигается устранение зависимости. Это лечение тянется, как правило, долго, несколько месяцев, и редко меньше. Оно должно проводиться стационарно, предпочтительно в открытых специализированных больницах для алкоголиков. Лечение включает сомато-, психо- и социотерапевтические мероприятия. Спектр психотерапевтических мер широк: психодинамически ориентированная и защищающая психотерапия, действия по снятию напряжения и упражнения, тренировка уверенности в себе и другие виды поведенческой терапии, частично в виде групповой терапии. К этому добавляются трудовая терапия и рациональное использование свободного времени, а также беседы об алкоголе и о состояниях зависимости.

Связь с психотерапевтом и группой является решающей для поддержания в этот длительный период лечения. Лечащий врач и психолог должны помнить, что эта связь может перейти в зависимость, подобную прежней алкогольной зависимости.

Алкоголик должен независимо от всех лечебных процедур все больше осознавать свою собственную ответственность и свои возможности. Если к этому времени уже имеется психоорганическая симптоматика, то срок лечения увеличивается, на это надо обращать внимание при составлении плана лечения.

Во время фазы отвыкания могут проявиться протрагированные признаки абстиненции: колебания настроения и побуждений, вегетативные нарушения и расстройства сна, снижение аппетита и колебания веса. Эти расстройства могут сопровождаться симптомами депрессии, которая у «сухих» алкоголиков развивается часто; это могут быть реактивные или невротические депрессии. Специальные клиники для алкоголиков отбирают больных по признакам мотивации и прошлого лечения. В ФРГ имеется достаточно мест в таких клиниках. Программа близкого к общине лечения с акцентом на полустационарное и амбулаторное лечение отсутствует. Опыт показывает, что лечение по отвыканию, которое проводится 6 недель в стационаре и затем год амбулаторно, дает успех примерно в 55 % случаев. Неудобно лишь, что при необходимости длительного лечения (4—6 мес.) эти клиники удалены от места жительства больного.

Список лечебных учреждений для алкоголиков и региональных групп самопомощи издается ежегодно немецким управлением по борьбе с наркотиками.

Поддерживающая фаза: реабилитация. Лечение по отвыканию у многих больных не проходит так успешно, если за ним не следует попечение, которое должно распространяться на многие годы. Этот вид лечения должен проводиться амбулаторно, в основном в учреждениях по советам наркоманам или организациях самопомощи, иногда в дневных или ночных стационарах.

Главная задача на этом этапе – создать такие жизненные условия, которые не вынуждали бы больше к бегству в наркоманию. Наиболее частые причины рецидивов – это оставшиеся нерешенными жизненные проблемы, непреодоленные семейные или производственные конфликты и вытекающий из этого уход от трудностей. Дальнейшие социотерапевтические мероприятия распространяются на профессиональную реабилитацию, регуляцию административных и правовых неурядиц, а также на использование свободного времени. Кроме того, требуются длительная самопомощь и самостоятельность.

Особенно надо воздействовать на нарушенные связи с ближайшими *родственниками*, которые вследствие разочарования и досады могут проявлять мало понимания к больному. Лечение, проводимое совместно с родственниками, – неотъемлемое условие успеха. Во всех случаях можно надеяться на пользу совместной работы единомышленников в группах, например совместные встречи бывших пациентов больничного учреждения в местном «Круге друзей». Такими способами прогноз значительно улучшается. Рецидив не должен восприниматься ни родными, ни врачами как показатель окончательного краха; именно в таких случаях больному могут помочь утраченные было связи. Прогноз во многом зависит от того, насколько удается вытащить больного из изоляции.

Этому служат **организации взаимопомощи:** Союз креста, бывшие алкоголики, Синий крест, Анонимные алкоголики (АА). Последнее сообщество, созданное в 1936 г. в США, принимает в свои члены только алкоголиков и отвергает помощь здоровых лиц, филантропических и других учреждений. Однако эти группы все больше склоняются к совместной работе с врачами и клиниками.

Предписанный путь к выздоровлению имеет программно-ритуальный устав из 12 ступеней, в начале которого стоит безжалостное самопризнание пьяницы перед его бывшими друзьями по страданию: «Я – алкоголик». Акцент ставится на том, что алкоголь сильнее всех волевых усилий, что одному с ним не справиться, что только алкоголик может понять алкоголика и помочь ему: никто не может излечиться, всегда остается опасность, что первый же стакан отбросит его назад к болезни. Поэтому «бывшие» считают себя не вылечившимися пьяницами, а неактивными алкоголиками. У них осуществляется принцип маленького шага: нужно исходить из того, что алкоголик со

своим основным и неограниченным запретом вначале стремится добиться ограниченного во времени обрыва, который ои сможет выдержать. От нового члена общества требуется, чтобы он выдержал 24 часа без алкоголя, затем еще один день, затем несколько дней до очередного заседания, одну неделю и т. д. Решающим является то, что алкоголика не только контролируют его единомышленники, но и он сам становится контролирующей инстанцией для другого. При рецидиве другие чувствуют себя ответственными за него и сопровождают его, пока он снова не остановится.

Эти процессы являются альтернативой врачебного лечения в описанных четырех фазах. Успехи АА заметны: кто в течение года остается без алкоголя, имеет шанс в составе 41 % остаться абстинентом и в следующем году. После пяти свободных от алкоголя лет этот шанс возрастает до 92 %. К тому же имеются и семейные группы анонимных алкоголиков.

Медикаментозное лечение. Дача антабуса (дисульфирам) больше не является вспомогательным методом лечения больного, который безоговорочно настроен на воздержание от алкоголя. Область показаний для его применения очень ограниченна. При благоприятном течении отвыкания антабус не нужен, если психо- и социотерапевтические мероприятия не помогают, то и один антабус не поможет.

Если лечащийся антабусом больной выпивает алкоголь, у него возникают вегетативно-вазомоторные нарушения: покраснение лица, головные боли, тошнота, рвота, нарушения сердечного ритма, падение кровяного давления. Это состояние столь неприятно, что больной избегает повторного приема алкоголя. При этом может быть условная реакция, когда названные проявления возникают и без антабуса. Названные реакции могут быть резко выраженными и могут стать опасными, особенно при самолечении. Но и без взаимодействия с алкоголем антабус имеет побочные эффекты: кроме безобидного побочного действия в виде усталости, общей слабости и желудочно-кишечных расстройств могут наступить церебральные судороги, полиневропатия и органический психосиндром. Пациенты с поражениями печени, болезнями сердца, язвенными болезнями и травмами мозга из лечения исключаются.

Механизмы действия антабуса до конца не выяснены. Распад алкоголя задерживается на стадии ацетальдегида, вследствие чего наступает ацетальдегидная интоксикация. Антабус аккумулируется и выделяется постепенно.

Сенсибилизирующие к алкоголю вещества, сходные с антабусом: карбамид кальция (дипсан), метронидазол (клонт), эмбран, толбутамид (растинон).

Результаты исследований биохимии алкоголизма до сих пор не дали терапевтических рекомендаций. Попытались создать средства, которые снимают влечение к алкоголю, *ослабляют тягу* к алкоголю и тем самым поддерживают отвыкание. Насколько эффективен в этом отношении акампросат, до сих пор не выяснено.

Алкогольные психозы

Вследствие *острой* алкогольной интоксикации (МКБ 10: F10.0) могут возникать разные психозы.

Алкогольное опьянение — это кратковременный острый органический психоз, который становится опаснее, если вызывается дополнительными

вредностями. Симптоматика его в целом известна: переоценка себя и эйфория, возбудимость, ослабление памяти и концентрации внимания в сочетании с болтливостью, в некоторых случаях депрессивное состояние и опасность суицида. Сдвиг индивидуальной толерантности к алкоголю зависит от того, на какой дозе наступает опьянение и как оно выражено. При выраженном опьянении учащается пульс, расширяются сосуды кожи лица и конъюнктив, а также нарушается координация в разговоре и ходьбе, в ряде случаев определяется нистагм. В стадии возбуждения можно с осторожностью назначить диазепам (валиум). При глубоком расстройстве сознания лечение проводят по правилам терапии коматозных состояний.

Осложненное опьянение отличается от простого только количественно. Возбуждение и расстройство сознания выражены интенсивнее. Встречается в основном при психических задержках, расстройствах личности и повреждениях мозга. Играет большую роль в судебной психиатрии, как и более редкое патологическое опьянение, с которым оно смешивается. Их трудно различить по концентрации алкоголя в крови, решающим фактором является клиническая картина.

Патологическое опьянение имеет качественно иной характер, чем осложненное: когда вызванное алкоголем возбуждение и сумеречное состояние сознания сопровождаются неузнаванием ситуации, иногда иллюзиями и галлюцинациями, с резким страхом или яростью и тяжелой агрессивностью. Патологическое опьянение возникает часто после небольших доз алкоголя, иногда после бурного аффективного переживания. Это состояние ограничено во времени и длится независимо от сопровождающих его обстоятельств от нескольких минут до четверти часа, иногда дольше — час или несколько часов. При патологическом опьянении вследствие резкого аффективного возбуждения возможны аффективные разрядки и насильственные действия. Завершается оно терминальным сном. Для течения характерна парциальная, а чаще — тотальная амнезия.

Как предрасположение к патологическому опьянению рассматривается или недостаточно известный диспозиционный фактор и(или) мозговое повреждение (особенно травматическое или алкогольно-токсическое). Переутомление или истощение может вызвать провоцирующий эффект. Симптоматологически сходство патологического опьянения и эпилептического сумеречного состояния указывает на связь первого с эпилепсией.

Дифференциальный диагноз с нормальным или осложненным опьянением часто затруднителен, поскольку пациент попадает под наблюдение впервые только после окончания опьянения. Критерий амнезии ненадежен, поскольку она встречается и при простом опьянении, а может быть и вымышлена. Ограниченность во времени, резкий аффект страха и ярости и терминальный сон свидетельствуют в пользу патологического опьянения. Дифференциальная диагностика важна не столько для клиники, сколько для экспертизы при психиатрическом наблюдении после совершения правонарушения.

Терапия. Если патологическое опьянение затягивается и больной попадает на лечение, ему вводится 10 мг диазепама (валиум) или 100 мг промазина (протактил).

При *хроническом* алкоголизме отмечаются разные психозы. Рассмотрим некоторые из них.

Алкогольный делирий (delirium tremens)

Делирий — это понятие, с одной стороны, синдромологическое, а с другой — это обозначение болезни, как в случае алкогольного делирия (*классификация* по МКБ 10: F10.03). Алкоголь — это частая, но не единственная причина делирия. *Симптоматика* делирия описывается далее.

Частота. Алкогольный делирий возникает в основном после длительного злоупотребления алкоголем, обычно в среднем или позднем возрасте, реже на третьем десятилетии жизни. Однако не всегда ему предшествует интенсивный алкоголизм; делирий может развиваться у привычного пьяницы, особенно если у него снижена толерантность.

Алкогольные делирии встречаются как в процессе непрерывного прогрессирующего злоупотребления (континуальный делирий), так и при внезапном обрыве алкоголизации (абстинентный делирий). О попутном делирии говорят, если он провоцируется соматическим заболеванием или психической вредностью. Интеркуррентные заболевания, такие как травмы и инфекции, нередко вынуждают к абстиненции. Интервал между обрывом алкоголизации и делирием составляет 1—3 дня.

Этиология и патогенез алкогольного делирия мало известны. Предрасположением может быть индивидуальная диспозиция (чувствительность рецепторов норадреналина?) или повреждение мозга (прежде всего самим алкоголем). Вероятными могут быть нарушения метаболизма алкоголя и других компонентов обмена веществ. Абстинентный делирий объясняется эффектом рикошета после церебральной адаптации к интоксикации. Об этом говорят редукция REM-сна под действием алкоголя и повышенная REM-активность после его обрыва. В связи с феноменологическим сходством со сновидениями делирий объясняется как вторжение фазы сновидения в состояние бодрствования.

Течение. Делирий развивается чаще всего остро, в основном по ночам. У некоторых больных отмечаются продромальные состояния в течение нескольких дней или недели: бессонница, повышенная восприимчивость к оптическим и акустическим раздражителям, беспокойство, боязливость, страх, дрожь и общая слабость, отдельные галлюцинации. Эта картина называется *пределирием*. Он развивается постепенно из симптоматики хронического алкоголизма. Если своевременно начать лечение, то можно предотвратить тяжелое течение делирия.

Делирий длится, как правило, 2—5 дней. Встречаются более короткие, абортивные делирии и более длительные, особенно у соматически больных алкоголиков или при последствиях травм. Течение может осложняться судорожными припадками. Они чаще встречаются перед началом делирия, чем в его течении или после окончания.

Нелеченый делирий в 20—30 % случаев заканчивается летально. Делирий может оцениваться как сигнал тяжести алкоголизма и как необходимость лечения, в том числе и самим алкоголиком. Если алкоголизация продолжается, делирий может повторяться. Делирий может перейти в корсаковский синдром, алкогольную деменцию или энцефалопатию Вернике.

Дифференциальный диагноз. Типичная картина болезни и анамнез (родственники!) облегчают диагноз, но нельзя пропустить и другие возможности, например гипертиреоз, мозговые кровоизлияния, болезни обмена веществ, травматические повреждения мозга (также в результате припадка перед делирием) и особенно употребление медикаментов. Делирий — это неспецифическая форма церебральной реакции.

Лечение алкогольного делирия и делириев другого генеза изначально исходит из соматических данных; в первую очередь надо контролировать функцию сердца и сосудов, функцию печени и состояние электролитов, риск пневмонии. Фармакотерапия заключается в даче при легких формах делирия бутирофенонов (например, галоперидола) или бензодиазепина (например, диазепама). Последние показаны и при судорожной готовности наряду с карбамазепином. Следует пробовать клонидин. На первом же месте стоит клометиазол (дистранейрин). Он малотоксичен и быстро выводится из организма. Противопоказания для его назначения: тяжелые легочные заболевания и делирий вследствие дистранейриновой наркомании (в таких случаях дают бутирофенон).

При легких и средней тяжести делириях дают каждые 3 или 6 часов по 2—3 таблетки дистранейрина (по 500 мг этандисульфоната клометиазола) или такое же количество капсул (с эквивалентной дозой действующего вещества по 192 мг свободной основы клометиазола). В тяжелых случаях применяют инфузии дистранейрина (0,8 % раствор), лучше всего внутривенно капельно, в дальнейшем — неспецифические растворы для заполнения круга кровообращения и дистранейрин, варьируя дозировки. Вначале вливается 100—200 мл быстро, через четверть часа больной успокаивается и засыпает. Далее следует индивидуальная дозировка, такая, чтобы больной находился в поверхностном сне, но мог всегда проснуться. Капельницы должны постоянно возобновляться. При этом необходимо интенсивное медицинское наблюдение. При таком ведении больного дневная доза должна составлять 1 л (= 2 бутылкам = 8 г). На второй-третий день больной должен проснуться, чтобы можно было убедиться, что делирий кончился. Леченный дистранейрином делирий редко длится более 3 дней. Побочные явления редки, иногда бывают чиханье и кашель; только при передозировке возможны падение кровяного давления и подавление дыхания.

Благодаря лечению делирия дистранейрином (а это большое достижение психиатрической фармакотерапии) число осложнений существенно уменьшилось. Летальность при этих расстройствах приблизилась к 0 %. Другие седирующие медикаменты существенно уступают дистранейрину; он далеко обогнал алкоголь как средство лечения делирия. При даче дистранейрина возможна опасность привыкания, он может занять место алкоголя. Поэтому дача дистранейрина должна быть закончена, как только это становится возможным, а его назначение ограничивается специальными показаниями.

Алкогольный галлюциноз

Симптоматика. При этом более редком психозе (*классификация* по МКБ 10: F10.52) симптоматику определяют преимущественно слуховые галлюцинации. Сознание остается ясным. Тревожно-напряженный больной слышит много голосов незримых людей, которые говорят о нем неприятные вещи в виде диалога, реже обращаются непосредственно к нему. Они угрожают ему, бранят его и комментируют как «умные партнеры» его действия и поступки, олицетворяя собой суд над ним, и он чувствует себя беззащитным. Многие больные пытаются убежать от голосов. Они баррикадируются, как «осажденные», в своей комнате. Оптические и гаптические галлюцинации редки. Если дело доходит до бредовых переживаний, как это бывает при таком симптоматическом психозе, то в отличие от галлюцинаторно-параноидной шизофрении они не стоят в центре психотических переживаний.

Течение. Алкогольный галлюциноз чаще возникает в среднем возрасте, после периода интенсивного пьянства. Если прекращается алкоголизация, то галлюциноз стихает за несколько дней. Если больные пьют дальше, то легко наступает рецидив. Примерно у 1/5 больных галлюциноз становится хроническим. Если он сохраняется свыше 6 месяцев, то затем несколько ослабевает и меньше затрудняет поведение, но прогноз в отношении выздоровления становится уже неблагоприятным. К этому времени присоединяются психоорганические нарушения, а в тяжелых случаях – деменция. В редких случаях это может оказаться хронической шизофренией.

Этиология и нозология. Этиология не выяснена. Наряду с непосредственным действием алкоголя происходят вторичные нарушения обменных процессов. На генетические факторы указывает то обстоятельство, что в

семьях больных чаще встречаются алкоголики и шизофрения встречается чаще, чем у остального населения (хотя и не так часто, как в семьях больных шизофренией). Этим пытаются объяснить определенное предрасположение к шизофреническому заболеванию, как и возникновение галлюцинаторной симптоматики при алкогольном психозе. И все же здесь речь идет не об «эндогенном», а о психоорганическом психозе. Острый алкогольный галлюциноз сходен с делирием; обе эти формы объединяют признаки *острого обратимого алкогольного психоза.*

Лечение. При обрыве алкоголизации состояние больного быстро улучшается. Если больные очень тяжело страдают от галлюцинаций и страха, показаны нейролептики, однако в более осторожных дозах, чем при шизофрении. В остальном лечение общее для алкоголизма как такового.

Бред ревности пьяниц

Идеи ревности часты при алкоголизме. У немногих они переходят в развитие *бреда* ревности (*классификация* по МКБ 10: F10.51).

Патогенез. Ситуативные факторы развития этого бреда следующие: недоверие и разочарование в защитном поведении партнера, обусловленные алкоголем раздоры, нарушения взаимоотношений с окружающими вообще, униженность, чувство вины и особенно постыдная относительная сексуальная недостаточность в контрасте с повышенной потребностью. В бреде ревности вина в своей неполноценности отвергается и проецируется на супругу. Подозрения принимают гротескную форму, представления об измене приобретают большие масштабы из-за слабости критики. Эти реакции и переживания больного обусловлены присоединяющимися психоорганическими нарушениями (алкогольной природы).

Течение и дифференциальный диагноз. Бред ревности может быть преходящим: в процессе делирия он появляется и исчезает вместе с делирием. Чаще же он не зависит от дальнейшего потребления алкоголя и становится хроническим. Бред ревности возникает при хроническом алкоголизме, но встречается также при сосудистых, травматических или дистрофических повреждениях мозга, если присоединяются соответствующие изменения структуры личности и жизненной ситуации. При шизофрении также бывает бред ревности.

Болезнь Вернике

Самым тяжелым алкогольным психозом является энцефалопатия Вернике (верхний геморрагический полиоэнцефалит Вернике). Под этим понятием, с одной стороны, описывают вышеназванный неврологический процесс,

лежащий также в основе алкогольного корсаковского синдрома, но он может быть обусловлен другими, неалкогольными вредностями. С другой стороны, так называют картину болезни, которая возникает остро или подостро, в ряде случаев в сочетании с алкогольным делирием, и проявляется триадой симптомов: сомноленцией, параличом глазных мышц и атаксией. Иногда встречаются расстройства зрачков (миоз, анизокория и абсолютная вялость или даже отсутствие реакции на свет); нередки генерализованные судорожные припадки.

Переходы к корсаковскому синдрому текучи. Прогноз неблагоприятный. Если больной выживает, корсаковский синдром у него остается.

Поскольку энцефалопатия Вернике развивается с выраженной кахексией (например, при прогрессирующей карциноме, особенно желудочно-кишечного тракта) и наиболее характерна для дефицита витамина B_1, то и при алкогольно обусловленной энцефалопатии пытаются лечить интенсивной заместительной терапией витамином B_1.

Медикаментозная и наркотическая зависимость

Хотя и сегодня в ФРГ, как и в других европейских странах, самую большую проблему наркоманий составляет алкоголизм, особого внимания заслуживает зависимость от медикаментов и наркотических веществ в силу их распространенности и опасности. В ФРГ насчитывается 1–1,5 млн лиц, потребляющих героин, и примерно в 10 раз больше злоупотребляющих лекарствами.

Долгое время речь шла об опиатах, затем о барбитуратах, позже присоединились другие седативные вещества и анальгетики, наконец появились стимуляторы (психоаналептики), средства оглушения (психодизлептики). Чаще, чем раньше, теперь встречается переход от одного вещества к другому, т. е. смена этих средств (включая алкоголь). Это *поливалентное пристрастие (политоксикомания)*, с одной стороны, зависит от разной доступности тех или иных средств, а с другой – от того, что средство помогает снять побочные эффекты и проявления абстиненции при отсутствии другого наркотика, например после приема стимуляторов для успокоения принимают снотворные средства; после оглушающих средств – транквилизаторы, при алкогольной абстиненции – дистранейрин. При одновременном употреблении средств с противоположным действием риск для жизни значительно увеличивается.

Опиоиды (оглушающие средства)

Речь идет о химически и фармакологически очень разных соединениях с болеутоляющим, снотворным и эйфоризирующим действием. Название «опиоиды» или «опиаты» происходит от

опиума — издавна известного *одурманивающего средства.* Опиум содержит ряд активных алкалоидов, из которых самым известным является морфин (морфий). Со времени внедрения техники подкожных инъекций (середина 19 в.) он стал самым эффективным болеутоляющим средством и большим «спасителем», но одновременно и «врагом» человека из-за его наркотических свойств. После того как была распознана опасность морфинизма и началась борьба с ним, проблема морфинистов надолго затихла. Современная волна злоупотребления наркотиками привела к широкому распространению опиатов, особенно героина, поскольку он преодолевает гематоэнцефалический барьер быстрее, чем морфин.

Классификация по МКБ 10: F11; в 4-м столбце классифицируются интоксикации, злоупотребления, зависимости, абстиненция и т. д.; в 5-м столбце — клинические проявления.

Наиболее известные опиоиды натурального и синтетического происхождения собраны в табл. 1. В ней представлены аналогично действующие средства с постепенным переходом к анальгетикам. Наркоманы часто комбинируют опиоиды с анальгетиками или снотворными средствами.

Таблица 1. **Опиоидные анальгетики и средства от кашля**

*Алфентанил (Рапифен)	*Гидроморфон (Дилаудид)
*Бупренорфин (Темгесик)	*Левометадон (L-Поламидон)
Кодеин (Кодикомпрен, Кодикапс, КодиОПТ, Кодипронт, Трикодеин и др.)	*Морфин (Морфин «Мерк», MSI, MSR, MST Mundipharma, Севредол, Капрос)
Декстрометорфан (Нео Туссан)	Налбуфин (Нубаин)
Декстропропоксифен (Девелин ретард)	*Смесь алкалоидов опия (настойка опия)
+Диацетилморфин, Диаморфин (Героин)	*Пентазоцин (Фортрал)
Дигидрокодеин (Паракодин, Ремедацен, Тиамон, DHC	*Петидин, Меперидин (Долантин)
Mundipharma)	*Пиритрамид (Дипидолор)
*Фентанил	Тилидин плюс, Налоксон (Валорон N)
(Фентанил-Янссен, в Таламонале)	Трамадол (Трамал, Трамундин, Трамадура)
*Гидрокодон (Дикодид)	

Примечания. * — средства, которые могут выписываться только в соответствии с предписанием о прописи наркотических средств и отмечены в специальном формуляре из-за ограничения их количества в прописи; + —героин вообще не прописывается.

Действие и зависимость. Действие опиоидов, особенно после внутривенного вливания, состоит в общем оглушении всех психических функций, особенно в подавлении дурного самочувствия. Настроение становится эйфорическим, реакции замедляются. Возникает ощущение отрешения от всего окружающего мира. Эти препараты особенно быстро вызывают привыкание, возникает зависимость, что приводит к повышению дозировок. Однако встречается злоупотребление опиатами, которое не приводит к зависимости.

Стадия хронической интоксикации отличается выраженным повышением парасимпатических влияний: падение кровяного давления и брадикардия, злокачественные расстройства сна, постоянная усталость, миоз; далее – потеря веса, вплоть до кахексии, отсутствие аппетита, запоры, импотенция, озноб, дрожь, атаксия, смазанная речь, тускло-серая и желтоватая кожа, выпадение волос, кариес; передача заболеваний через шприцы. Во время беременности у женщин с опиатной зависимостью чаще случаются всевозможные осложнения, повышена возможность ранней смерти ребенка, а также нанесения вреда эмбриону. В состоянии психики в первую очередь наблюдаются снижение активности, аффективная лабильность и колебания настроения; потребности парализуются, интересы сосредоточиваются на наркотиках; больные запускают себя, становятся необязательными, склонными к нечестности, особенно если дело касается наркотиков, получения медикаментов (подделка рецептов) и нужных для этого средств (мошенничество).

Диагноз, как правило, поставить нетрудно. Свежие следы инъекций подтверждают подозрения. Около 25 % наркоманов страдают СПИДом, немало – гепатитом.

Проявления абстиненции различаются по силе и выраженности, но неизменно чрезвычайно мучительны. Они могут сохраняться до двух недель. Каждая задержка приема наркотика вызывает такие кризоподобные волны вегетативных нарушений, как тахикардия, сердечно-сосудистые декомпенсации, полиурия, потливость, спазмы, диарея, дурнота, страх, бессонница, суицидальные импульсы; конечно, все эти симптомы встречаются не в каждом случае. Аментивные и делириозные психозы редки.

Терапия. Попытки больных самостоятельно, без посторонней помощи прекратить употребление или хотя бы уменьшить дозы удаются редко. Планомерное *отвыкание* (как правило, в закрытых психиатрических учреждениях) дает надежду на успех. Нар-

команы получают и соматическое лечение. Они нуждаются в заботливом уходе, обстоятельном лечении (сердце и сосуды) и при необходимости в седации малыми дозами нейролептиков, антидепрессантов, также используют клонидин и иногда метадон (см. ниже).

Антагонисты морфина (налорфин, лорфан, налоксон, налтрексон, даптазил) применяются не только для лечения интоксикации опиатами, но и для диагностики опиатной зависимости (провокация синдрома абстиненции), для лечения наркоманий и для борьбы с болями. Они проявляют не только антагонистическое действие к морфину, но и черты агонистического (морфиноподобного) действия, вследствие чего сами могут приводить к зависимости.

После дезинтоксикации идет длительный процесс *отвыкания* в различных фазах, примерно так же, как при алкоголизме. Прогноз, однако, не столь благоприятный. Это связано с более высокой степенью зависимости и с тем, что больные труднее вовлекаются в общество себе подобных (групповая терапия, группы самопомощи).

Конфликтцентрированная *психотерапия* исходит из истоков самой зависимости: дурная привычка и отсутствие выдержки в трудных ситуациях, оральные инстинкты и склонность к регрессии. Очень полезны поведенческие терапевтические программы. Кроме того, надо помочь больному заново сориентироваться в межчеловеческих и производственных областях, чтобы заполнить «вакуум», который многие переживают после окончания лечения. Даже после длительного злоупотребления, повторных курсов лечения и рецидивов выздоровление еще возможно.

Применение *метадона* и теперь, через 25 лет после первых опытов с ним, остается спорным. Метадон (или сходный с ним левометадон = поламидон) — это опиоид, поэтому и лечение им неидеально. Он применяется для отвыкания, как переход на другое средство, а также длительно, как заменяющее вещество (*метадоновая поддержка*). Возражения этому налицо. Польза же основывается на данных о возможности ресоциализации, дистанцировании от наркоманической компании, снижении криминальности и летальности, профилактике СПИДа и наконец на перспективе воздержания от наркотика. Предписание метадона (в суточной дозе, соответствующей 20—80 мг поламидона) всегда должно быть связано с систематической и длительной психосоциотерапией, без которой он не показан. Несмотря на то что результаты ниже ожидаемых, необходимо продолжение этой программы.

Для замещения применяются и другие синтетические опиоиды, например кодеин (также при непереносимости к метадону),

но они имеют ряд неблагоприятных последствий: более короткий период действия (несколько приемов в сутки), сильная эйфоризация с развитием «прихода» и большой опасностью привыкания.

Анальгетики

Средства, снимающие боли без оглушающего эффекта, — редкость. Нет «простых противоболевых средств», все анальгетики дают побочные явления и риск осложнений. И речь идет не только о почечных нарушениях и агранулоцитозе. Особенно проблематична предпочтительная комбинация анальгетиков вследствие возможности перекрестного эффекта и непредсказуемости риска. Если анальгетики принимаются длительно и регулярно, могут появиться *явления абстиненции* — головные боли, тремор, расстройства сна, склонность к коллапсам, поносы, тревожное беспокойство, напряженность и дистимии. Также наблюдаются припадки, делирии, сумеречные состояния и т. д.

Зависимость. С анальгезирующим действием связан и эйфоризирующий эффект. Вызвать зависимость может стимулирование путем добавки в препарат кофеина. Эйфоризация усиливается при комбинации с барбитуратами или с антихолинергически активными транквилизаторами. Для наркоманов анальгетики нужны как фактор потенцирования действия алкоголя.

Поэтому каждое предписание анальгетиков должно быть тщательно взвешено, показания — пересматриваться, прием их не должен приводить к привыканию. Дозировку необходимо поддерживать экономно, использовать широко известный при лечении болей эффект плацебо. Следует предусмотреть все другие возможности лечения, включая регулирование образа жизни и психотерапию.

Снотворные средства и транквилизаторы

Как снотворные средства (седативные, гипнотические) используют соединения с различными химическими структурами: барбитураты, дериваты мочевой кислоты, дериваты пиперидина и т. д.; спирты, альдегиды и их дериваты (например, хлоралгидрат, паральдегид); бромиды и бромуреиды, клометиазол (дистра-

нейрин) и т. п. Предпочтительными снотворными средствами сейчас считаются *транквилизаторы* бензодиазепиновой группы.

Характер действия. Подавление сознания (в зависимости от вида и дозы: седативное, гипногенное, наркотическое), частично эйфоризация, снижение судорожной готовности, опасность привыкания и наркотизации. В случаях внезапного прерывания можно встретиться с вегетативными симптомами, а затем и с делирием, сумерками и судорожными припадками. *Длительность сна* под влиянием гипнотиков вначале увеличивается, но при постоянном их потреблении вновь сокращается. После их отмены наступает эффект рикошета, вплоть до бессонницы. Поскольку редуцируется REM-фаза сна, то после отмены увеличивается число сновидений, в том числе кошмарных.

Показания. При каждом назначении снотворных средств и транквилизаторов надо тщательно взвесить показания и противопоказания. Это особенно важно для детей, поскольку каждое седативное средство подавляет способности к восприятию, что в период развития с необходимостью обучаться имеет большее значение, чем для взрослых, которые могут использовать заученные опыт и формы поведения.

Только при выраженных нарушениях ритма сна и бодрствования, какие бывают при психических заболеваниях и после соматических страданий (например, инфекционных заболеваний), допустимо назначение снотворных, но оно должно ограничиваться во времени. Частности лечения *нарушений сна* обсуждаются в главе о транквилизаторах. Курсы лечения сном и лечебный сон (раньше с помощью барбитуратов, а затем нейролептиков) ныне прекращены.

Зависимость (по МКБ 10: F13). Злоупотребление начинается обычно с попыток легкого добывания регулярно принимаемых (и прописываемых) снотворных. Привыкание и повышение дозировок происходит быстро. В отношении снотворных имеется опасность появления зависимости.

Для зависимости от снотворных средств характерны те же проявления в существенных позициях, что и при алкоголизме — в происхождении, течении, симптоматике абстиненции (в том числе припадки и психозы) и в лечении. Привычное пьянство соответствует привычному приему вечерних снотворных таблеток. Наркоман принимает и днем свои снотворные и успокаивающие средства, которые вызывают примечательное действие, сходное с алкоголем: усталость, замедленность, затруднение мышления, общее снижение активности. При передозировке или кумуляции возникают расстройства координации, дизартрия, нистагм, сужение интересов, апатия и общая заторможенность.

Опасность злоупотребления снотворными средствами — это острые и хронические интоксикации. Среди способов совершения суицидальных попыток, в основном у женщин, отравление снотворными стоит на первом месте. Учитывая опасность возникновения припадка, делирия и других осложнений, *отмена* должна проводиться медленно либо же под прикрытием карбамазепина. Во время беременности использование снотворных может привести к различного рода тератогенным последствиям, во время родов — к развитию абстинентных симптомов у новорожденного.

Мест для лечения наркоманов, злоупотребляющих снотворными, мало. Только некоторые больницы для лечения алкоголиков принимают лиц с лекарственной зависимостью. Соответственно обществу анонимных алкоголиков в США имеется общество анонимных наркоманов.

Психостимуляторы

Многочисленные химические соединения этой группы при всем различии химических структур имеют общие психофармакологические признаки: они повышают побуждения и психическую активность. Это действие приводит к злоупотреблению. *Классификация* по МКБ 10: F15.

Синонимы: психоаналептики, психотоники, энергетики, векамины, стимуляторы. Самые известные соединения этого рода приводятся (без претензий на полноту) в табл. 2.

Действие. В большинстве случаев эффект повышения активности (как физической, так и психической) и устранение усталости ищут экзаменуемые, пилоты и спортсмены. Следует отметить, что это действие исходит из физиологической готовности к деятельности. Психостимуляторы являются как бы ключом к резервам деятельности, которые обычному волевому усилию недоступны (разве что под влиянием сильных аффектов, как страх или ярость). Благодаря психоаналептикам устраняется естественный барьер деятельности, который вызывает усталость. Вмешательство в автономно защитные резервы часто не проходит безнаказанно: после длительного применения психостимуляторов могут наступить коллапс и тяжелое состояние истощения. У спортсменов психостимуляторы (допинг), особенно вместе с перегреванием, могут вызвать обмороки и смертельные исходы.

Побочные действия. Имеют вегетативно-симптоматический характер (прежде всего подъем артериального давления и тахикардия). Сексуальное влечение повышается, а потенция падает. При постоянном злоупотреблении нередко развиваются психозы с аментивно-делириозной или галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Это объясняется тем, что амфетамины (в противоположность нейролептикам) высвобождают допамин из пресинаптических мембран. При беременности амфетамины (а также кокаин) вызывают эмбриопатии, в том числе нарушают строение мозговых структур.

Таблица 2. **Психостимуляторы**

Амфепрамон, Диэтилпропион (Регенон, Тенуат)
Амфетаминил (AN1)
Кофеин (чистый кофеин «Берлинхимия», Кофеин 0,2 г)
Компретен N, Прекофедринол N
Эфедрин (в Вениколе, RR-плюс, эфепект и др. уже комбинированные препараты)
Фенкамфамин (в Реактиване)
* Фенетиллин (Капатагон)
Левопропилгекседрин (Эвентин)
+ МДМА (3,4-метилендиоксиметамфетамин, «экстази»)
Мефенорекс (Рондимен)
* Метамфетамин (Первитин)
* Метилфенидат (Риталин)
Норпсевдоэфедрин (Аморфан-депо, антиадипозитум X-112 S, экспонцит N, Мирапронт N, вита-капли для похудения)
Пемолин (Традон, Сениор 20)
* Фенметразин
Пролинтан (Катовит N)

Примечания. Психоаналептическое действие и потенциал зависимости в приводимых средствах различны.

* – вещества, которые подлежат строгому контролю. Некоторые названные средства изъяты из торговли. Одни из них содержатся в комбинированных препаратах, другие применяются для подавления аппетита. Амфетамины и фенетиламины (частично имеющие галлюциногенное действие) легко синтезируются и приготавливаются криминальными структурами как «интригующие лекарства» для нелегального рынка.

+ – МДМА (см. с. 210) по закону не может прописываться и применяться при вождении транспорта.

Показания. При назначении психостимуляторов необходимо учитывать их свойства. Мягкие аналептики в умеренных дозах показаны при реконвалесценции. В детской психиатрии психостимуляторы показаны при гиперкинетическом синдроме, у больных с перинатальными повреждениями мозга и при нарколепсии. Переутомление и истощение не являются показаниями к назначению психостимуляторов, химическое стимулирование здесь было бы нефизиологическим и опасным лечением. Исключительные ситуации, например в спасательной лодке или космических кораблях, встречаются редко.

В психиатрии психостимуляторы нецелесообразны. При депрессиях они вызывают скорее ажитацию и беспокойство, чем улучшение настроения.

Зависимость. Повышение активности переживается с чувством удовлетворенности, что приводит к продолжению и наконец к систематичности приема психостимуляторов. Многие добиваются действия, снижающего аппетит, и в процессе длительного приема обнаруживают их стимулирующий эффект. Действие психостимуляторов при повторном употреблении быстро ослабевает, поэтому возникает необходимость в повышении доз и наконец появляется выраженная зависимость. Психоаналептики вызывают расстройство сна, что приводит к необходимости приема больших доз снотворных или транквилизаторов. Амфе-

тамины и другие психостимуляторы принадлежат к часто применяемым и опасным наркотикам, особенно для молодежи.

Лечение. Проявления абстиненции довольно легкие: усталость и сонливость, вплоть до глубокого сна, что объясняется предшествующим его лишением. Характерен волчий аппетит после пробуждения. Иногда бывают падения кровяного давления, вплоть до коллапса, который снимается сердечными средствами. Фаза абстиненции облегчается малыми дозами нейролептиков.

Чтобы избежать рецидивов, необходимо отрегулировать образ жизни пациента, по возможности устранить чрезмерные нагрузки, корригировать повышенные требования к пациенту. Поскольку поведение больного могут определять невротические мотивы (страсть к работе), показана психотерапия.

МДМА (метилендиоксиметамфетамин, а также экстази, адам) известен давно (синтезирован в 1914 г.). Вещество интенсифицирует эмоциональные переживания, но имеет небольшой галлюциногенный эффект. Побочные действия имеют симпатомиметический характер. Как осложнение встречается центральная гипертермия со смертельным исходом. **МДМА** используют как «танцевальные таблетки», для подавления аппетита и для поддержки в период психотерапии.

Кат (листья кустарника съедобного ката) — содержит несколько активных веществ, в том числе амфетаминоподобный катинон и менее активный катин, который идентичен с подавляющим аппетит D-норпсевдоэфедрином, составной частью многих средств для похудения. Зависимость и осложнения такие же, как у амфетаминов. *Классификация* по МКБ 10: F15.

Кокаин — алкалоид с местно-анестезирующими свойствами, один из самых старых и самых опасных наркотиков, особенно в комбинации с героином. Кокаин в основном нюхают или (в зависимости от обработки) пьют, вводят в инъекциях и ингаляциях. Простой и дешевый продукт кокаина — *крэк* — курят, что действует быстрее, интенсивнее и опаснее в отношении осложнений и привыкания. *Классификация* по МКБ 10: F14.

Кокаин действует адренергически, повышая активность и эйфоризируя, он редуцирует сон и аппетит. Происходит двигательный и речевой напор, вначале также повышается сексуальная потребность. Большие дозы не стимулируют, а центрально подавляют. При злоупотреблении отсутствуют признаки физической зависимости, не наблюдается повышения толерантности, проявлений абстиненции. Зато сильно выражена психическая зависимость.

Для *острого* отравления характерны бледность, головокружение, гипервентиляция, мелкий тремор, двигательное беспокойство, эйфория, позже — депрессия и апатия, иногда судорожные припадки, а в самых тяжелых случаях — паралич дыхания. При резком возбуждении вследствие кокаиновой интоксикации рекомендуется использовать нейролептики. При *хроническом* злоупотреблении происходят физический упадок, кахексия, нарушения со

стороны сердца и психическая депривация. Особенно опасна комбинация с героином.

Кокаиновые психозы имеют чаще всего делириозные проявления с тактильными и зрительными галлюцинациями, а также с бредом преследования, мегаломаническим бредом и слуховыми галлюцинациями. При этом помогают бензодиазепины. При абстиненции (относительно слабые симптомы отмены) эти явления постепенно угасают, но частично переходят в органический психосиндром.

Опьяняющие средства (каннабис, галлюциногены и др.)

Опьяняющие средства применялись с начала истории человечества. Они были широко распространены в центральноамериканских культурах, на Востоке и в Индии. В большинстве случаев речь идет о таких растительных веществах, как мескалин (пейот), тетрагидроканнабиол (в гашише, марихуане), гармин (яге), буфетенин (когаба), псилоцибин и псилоцин (в мексиканских и отечественных грибах). Другие опьяняющие средства – полусинтетические или синтетические: D-диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD 25, «Делизид») из алкалоида маточных рожков эргобазина; фенциклидин («Сернил»). При высоких их дозах наступают психозы. В остальном механизмы их действия различны.

Синонимы: психодизлептики, галлюциногены, психотомиметики, психолептики, «наркотики» и др.

Гашиш/марихуана. Действующее начало — δ-9-тетрагидроканнабиол (ТГК) — добывается из индийской конопли (Cannabis indica), а именно марихуана – из высушенных листьев и цветков, тогда как более сильный гашиш – из смолы верхушек цветков. На рынке наркотиков говорят хаш, шит, пот и т. д. *Классифицируется* по МКБ 10 под F12.

Через несколько минут после курения наступают расслабление и отодвигание проблем повседневности, сохраняющиеся несколько часов. Эйфория снимает дурное самочувствие, беспокойство и напряженность, подавляет страх. Субъективно обогащаются представления и мышление, но способности к творчеству и расширение сознания остаются под вопросом. Время протекает замедленно. Подавляющее и активизирующее действия стоят рядом. Соматически отмечается легкий вегетативный эффект (мидриаз, тремор, сухость во рту, тахикардия), инъецирование конъюнктив.

В случае тяжелых психозов, особенно при приеме высоких доз, наблюдаются многообразные симптомы, галлюцинации, аг-

рессивность. Частично речь идет о токсически обусловленных органических психозах, частично о манифестировании шизофрении (вызванные наркотиками психозы). Тератогенное действие предполагается, однако точно не известно.

Вопрос о степени вреда этих веществ должен решаться дифференцированно. Случайное, умеренное и контролируемое употребление гашиша для здоровых и психически уравновешенных людей, вероятно, безопасно. При более длительном употреблении повышение доз невелико и почти не развивается ни физическая, ни психическая зависимость. Чтобы преодолеть состояние апатии, прием гашиша продолжается. Такая тенденция соответствует жизненным установкам многих захваченных этим увлечением юношей.

ЛСД 25 (D-диэтиламид лизергиновой кислоты, а также лизергиновая кислота). Вещество воздействует на изменение восприятий различного рода, от ярких эйдетических феноменов до зрительных галлюцинаций; реже встречаются слуховые галлюцинации. Настроение может быть не только эйфорическим, но и дисфорическим или же оно меняется между этими полюсами. В «переживаниях ужаса» преобладает страх. Растягивается переживание чувства времени. Изменения побуждений описываются как высвобождение и расторможение, а также как опустошение. Функции памяти повышаются настолько, что далеко запрятанные переживания всплывают отчетливо. У многих людей, принимающих ЛСД, появляется чувство углубления понимания, которое ранее им было недоступно.

В целом картина проявлений интоксикации больше соответствует органическим психозам, чем шизофрении, — ясность сознания в общем мало меняется. Характерная симптоматика может возобновляться после окончания приема ЛСД через несколько дней, вплоть до года (эхо-эффект, flash back), что облегчается благодаря предшествующему опыту употребления наркотика, а также возникновению физических и психических нагрузок. Привыкание (физическая зависимость) при действии ЛСД относительно невелико. С соматической стороны отмечаются вегетативные нарушения и атаксия, но они незначительны. Тератогенные эффекты до сих пор не наблюдались.

Классификация по МКБ 10: под F16.

Терапевтическое применение. Психодизлептики хотя и не являются психофармакологическими средствами, но могут использоваться для медикаментозного подкрепления психотерапии, поскольку эмоции и переживания потребностей усиливаются вместе с процессами воспоминаний. С помощью

этого средства может улучшиться терапевтический контакт и становятся доступными психотерапевтической переработке глубоколежащие вытесненные переживания. Так называемая *психолитическая терапия* использует малые дозы ЛСД 25 и псилоцибин. В *психоделическом лечении* провоцируются состояния оглушения большими дозами. После начального энтузиазма результаты этого метода оцениваются все ниже. После того как средство стало предметом злоупотребления наркоманов, его терапевтическое применение стало сводиться к нулю.

Другие галлюциногены. *Мескалин* вызывает сходные психозы, но не вызывает физической зависимости и органических нарушений. *Псилоцибин* действует так же, как и *гармин,* и *мухомор. Атропин* может вызвать делириозные психозы.

Фенциклидин («ангельский порошок» или «кристалл»). Это синтетическое вещество, которое легкодоступно, широко распространено в США как галлюциноген (а также в сочетании с другими наркотиками или табаком). Он является очень опасным наркотиком. У нас фенциклидин еще мало известен. Он применялся какое-то время для анестезии (в ветеринарии), но от этого отказались из-за следовавших за ним психозов. Действие его на соматику имеет адренергический характер, частота пульса и кровяное давление повышаются. Психопатологически встречаются слуховые галлюцинации, снятие торможения и агрессивное поведение, а также депрессивные расстройства, суицидальность и нанесение себе увечий. Кроме того, наблюдаются состояния спутанности, дизартрии, нарушения координации, генерализованные судороги и угрожающее центральное угнетение дыхания. Антидотом является физостигмин.

К *злоупотреблению наркотиками в юношеском возрасте*, которое описывается далее, принадлежат вдыхание органических растворителей (*нюханье*) – ацетона, хлороформа, эфира, бензина и различных клеев. Они могут вызывать эффект растормаживания и эйфории; могут быть рауш-психозы с галлюцинациями. Отмечаются такие побочные явления, как головокружение, атаксия, дизартрия, а также полиневропатии с поражением печени и почек. Нюханье не имеет связи с потреблением других наркотиков (также в смысле перехода от одного наркотика к другому).

Табачная зависимость

Наряду с алкоголем табак– самое распространенное средство получать удовольствие. Благодаря своему составу содержащийся в растениях Nicotina tabacum или Nicotina rustica никотин является психотропной субстанцией, которая вызывает зависимость. Он провоцирует расстройства здоровья уже в малых дозах, поскольку принимается длительно; это не канцероген. Не выяснено, в результате чего происходят кардиоваскулярные нарушения

при курении — за счет никотина или за счет окиси углерода. Другие составные части табака, особенно смолы, вызывают существенные расстройства здоровья, но не приводят к зависимости. Такая комбинация составных частей делает потребление табака опасным. *Классификация* по МКБ 10: под F17.

Нюханье, жевание и другие формы потребления табака значительно уступают по частоте курению. Курение сигарет по распространенности и опасности стоит на первом месте по сравнению с курением сигар и трубки.

Эпидемиология. В странах Запада курит половина мужчин и более трети женщин, большинство в молодом возрасте. Среди женщин, юношей и детей частота курения увеличивается. Половина курильщиков употребляет более 11 сигарет в день. В ФРГ ежегодно выкуривается около 140 млрд сигарет. Затраты на табак составляют около 35 млрд марок, из которых 20 млрд марок приходится на государственный налог (данные 1994 г.).

Действие. Никотин оказывает многостороннее действие на нейровегетативные функции и обменные процессы. Церебральное действие начинается спустя несколько секунд от начала курения. Никотин — это психофармакологическое вещество. Психотропное его действие по сравнению с другими психофармакологическими веществами менее интенсивно, но без сомнения заметнее. Речь идет об эмоциональном выравнивании и успокаивающем эффекте, а также о повышении потребностей и улучшении условий деятельности. Часто курение используется против страха и напряжения.

Побочные действия и риск. Известные побочные проявления курения (кашель, головные боли, желудочные расстройства) встречаются у двух третей курильщиков. Серьезный риск болезни представляют рак бронхов, инфаркты и другие сосудистые заболевания. Курение принимает дополнительное участие во многих других заболеваниях. Бесплодие вследствие курения у мужчин и женщин стало встречаться реже, а смертность новорожденных увеличилась.

Возникновение зависимости. При исследованиях близнецов видно, что при курении (как и при алкоголизме) следует считаться с определенными генетическими факторами. Однако важнее роль психосоциальных условий — курение родителей, учителей и других взрослых (тенденция к идентификации) и особенно влияние курящих друзей (солидарность). Психодинамика объясняет курение неудовлетворенными оральными потребностями. Продолжение однажды начатого курения зависит от многих факторов. Курильщик научается определять действие сигарет на психические функции, особенно на чувство неудовольствия и напряженности (оперантное обусловливание), этому способствуют часто повторяемые однотипные манипуляции прикуривания, вдыхания и т. д. Дальнейшее курение к тому же обусловлено фармакологически: соматическое привыкание, необходимость повышения дозы, преодоление проявлений абстиненции (в основном вегетативного характера) в результате повторного курения.

Течение. Необходимо отметить, что многие люди начинают курить рано, что однажды попробовавшие в большинстве случаев становятся постоянными курильщиками, что происходит повышение дозировок и большинство курильщиков остаются таковыми в течение всей жизни (около трех четвертей), хотя они замечают неблагоприятные последствия и риск для здоровья. Многие курильщики (около половины) пытаются бросить курить, однако многие возобновляют курение, большинство это делают очень скоро. Только с достижением преклонного возраста ввиду уже пошатнувшегося здоровья часть курильщиков (около одной пятой) бросает курить; у прочих снижается интенсивность курения.

Страстное курение. Признаки зависимости, по определению ВОЗ, свойственны курильщикам. Страстное курение близко к алкогольному и барбитуратному типам зависимости. Поэтому неудивительно, что курение коррелирует с алкоголизацией (а также с наркоманической зависимостью).

И все же не каждый курильщик страдает зависимостью. Наряду со страстным курением бывает умеренное курение (см. рис. 7 на цв. вкл.) и курение для снятия психического напряжения. Страстных курильщиков столько же, сколько и алкоголиков. По этой причине и из-за вреда здоровью, который может возникнуть и у нестрастных курильщиков, курение остается большой проблемой, как медицинской, так и психотерапевтической.

Профилактика. Исходит из достаточного знания психологии и социологии курильщиков, она должна начинаться среди детей и юношества. Устрашение и запреты малоэффективны, удорожание сигарет и повышение налогов – ненамного больше. Бедные никотином сигареты курить бесполезно, поскольку остальные вредные вещества остаются, и многие курильщики сохраняют свою дозу константной, вдыхая глубже дым или выкуривая больше сигарет.

Отвыкание. Некоторые (около 15 %) могут без посторонней помощи прекратить курение и остаться абстинентными, но большинство нуждается в лечении для отвыкания. При серьезной мотивации и систематическом подходе прогноз благоприятный. Лучшее лечение – это поведенческая терапия с акцентом на самоконтроле: наблюдение за поведением, избегание провоцирующих ситуаций, самопоощрение, альтернатива курению, поведенческая перестройка с соответствующей установкой.

Хорошие результаты достигаются при комбинировании поведенческой терапии с чрескожным введением никотина; вначале надо бороться с психической зависимостью с помощью поведенческой терапии: курение заменяется, поскольку никотин некоторое время вводится через пластырь. Если через несколько недель начинается отвыкание от никотина (постепенное уменьшение размеров пластыря), бывшему курильщику легче выдержать, когда он уже отвыкает от курения. Никотиновые пластыри есть в аптеках, однако их применение имеет смысл только в комбинации с программой отвыкания, предлагаемой служащими органов здравоохранения и просвещения. Длительный результат систематического отвыкания достигает 25 %.

Никотин пытаются использовать *в терапии* (в основном трансдермально) при болезни Альцгеймера, язвенном колите, синдроме Жилль-де-ла-Туретта, а также при депрессиях.

Наркомании у молодежи

До сих пор в описании мы исходили из вида наркотика. Теперь следует описать наркомании у *юношей* исходя из их психологических и социологических особенностей.

Волна наркоманий поднялась в 1960 г. в связи с употреблением ЛСД 25 студентами и школьниками в Калифорнии и быстро распространилась на многочисленные наркотики, на новые страны и другие социальные группы. За ЛСД 25 последовал гашиш, амфетамины и опиаты. Употребление наркотиков отчетливо зависит от возраста: от 3 % в 12—14 лет оно поднимается до 16 % в 21—25 лет. Употребление наркотиков быстро меняется как в отношении вовлеченных групп населения, так и в предпочтительных средствах. Все еще не ясно, насколько данный препарат соответствует определенному кругу лиц с его психологическим и социальным своеобразием. Однако среди нынешних юношей-наркоманов вычленяется большая группа опиоманов в безнадежном состоянии и с почти безнадежным прогнозом. К тому же у юношества бурно возрастают алкоголизм и курение.

«Наркотическая карьера» часто начинается с алкоголя или гашиша. Ряд лиц остается при этом на уровне проб (из любопытства, скуки, моды), многие же привыкают к наркотику и около трети переходит к более сильным наркотикам: ЛСД 25 («кислота», «путешествие»), амфетамины («вступление», «скорость»), кокаин («кокс», «снег»), опиаты, особенно героин («Г»), а также ингаляционные наркотики (в чистящих средствах), транквилизаторы и алкоголь (последний в смесях — «взрывной коктейль»).

Что принимает каждый из них, зависит от степени привыкания и от предложения на рынке наркотиков. Различные препараты взаимно дополняют друг друга. Большинство юношей ко времени их обращения за лечебной помощью перепробовало уже много наркотиков, в ФРГ 60 % знакомо с 3—6 наркотиками (*политоксикомания, поливалентная зависимость, многообразное употребление наркотиков;* F19 по МКБ 10). На рынке преобладают комбинированные вещества, состоящие химически из различных психофармакологических средств и наркотиков, легко изготовляемых.

Наркотики принимаются во всех мыслимых формах, часто в инъекциях (срочно приготовленных). Наиболее встречающиеся последствия – «хиппигепатит» и ВИЧ-инфекция (также вследствие проституции), интоксикации, смертельные исходы, психозы и суициды. Токсические нарушения здоровья могут возникать и вследствие загрязнения наркотика. Частота смертей среди наркоманов увеличивается год от года (также вследствие суицидов). Деградация личности наступает часто, как и криминальность.

Диагностически начинающаяся наркотическая зависимость распознается по поведению: молодые люди ограничивают свои контакты и изолируются, они ведут себя по-детски, повторяются в разговоре, долго остаются в постели и представляются невыразительными, настроение их изменчивое.

Условия возникновения многообразны. У большинства этой молодежи отмечается невротическое развитие и нарушение жизненных условий. Среди родственников повышено количество психически неполноценных и больных. Психодинамически появляются ранние расстройства межчеловеческих отношений, у подростков большое значение имеет неудачная идентификация своей половой роли. Сюда же относятся непереносимость трудностей и тенденция к избежанию нагрузок и неприятностей.

Наряду с индивидуальными условиями важны и психосоциальные факторы: задавленность и смирение со слишком заорганизованным и усовершенствованным обществом с односторонними трудовыми принципами, утратой веры в прогресс, потребительством и накопительством. Возможность что-то изменить в собственном будущем кажется безнадежной. Малая занятость и опустошенность прокладывают путь к другой реальности, желанной, переживаемой в опьянении. «Если мы подумаем, какие потребности жизни стоят перед юношеством и насколько они могут быть осуществлены в нашем обществе, мы поймем, что имеется полное опасностей пустое пространство, для заполнения которого наркотики подходят как ключ к замку» (Хюннекенс). То, что сказано о расширении переживаний в наркотическом опьянении, особенно относится к юношеству.

Профилактика и лечение. Склонность многих родителей использовать таблетки при безобидных болях и банальных недомоганиях, как для себя, так и для детей, приводит детей к представлению, что и они в подобных ситуациях могут бездумно пользоваться таблетками. Поэтому важная воспитательная роль

принадлежит приучению терпеть незначительную боль и бороться с подавленным настроением.

Поскольку от проб до зависимости проходит как минимум несколько месяцев, раннее вмешательство вполне возможно. Разъяснительная работа должна заключаться не в упрощенном запугивании, а в рассудительной информации. Лучше, чем доклады перед большой аудиторией, помогут маленькие дискуссионные группы. Пункты контактов должны быть устроены так, чтобы доступ к ним для молодежи был простым и анонимным.

Лечение и реабилитацию осуществляют в учреждениях различного рода: стационарных и амбулаторных, закрытых и открытых, врачебных и социально-педагогических заведениях, строго иерархических или демократически направленных организациях; проводят принудительное или добровольное лечение. Какие меры показаны, нужно решать в каждом отдельном случае. Также многообразны применяемые психотерапевтические методы; особое значение имеют групповое лечение и группы самопомощи. Медикаменты при лечении наркоманической абстиненции вряд ли применимы. Лечение метадоном уже обсуждалось.

Следует по возможности препятствовать производству наркотиков, строже контролировать их торговлю. Штрафовать за употребление наркотиков бессмысленно и бесцельно, так как против болезни не помогают ни угрозы, ни штрафы.

К правовым аспектам зависимостей

Под *закон о наркотических средствах* («Закон о дорожном движении под действием наркотических средств») подпадает свыше 100 препаратов, наряду с опиатами – это стимуляторы и оглушающие средства. Под *предписание о выписке рецептов* (предписание о выписке оглушающих средств) подпадает около 20 средств.

Уголовное право. Для решения вопроса об уголовной ответственности алкоголика-преступника, кроме уровня содержания алкоголя в крови на момент совершения преступления, нужно изучить и психопатологические данные. Необходимо определить, является ли состояние опьянения обычным, осложненным или патологическим. При относительно редком патологическом опьянении наступает невменяемость, а при простом опьянении этого нет. Если при психической задержке или при органиче-

ских заболеваниях мозга под влиянием алкоголя совершаются преступления по типу реакции короткого замыкания (осложненное опьянение), то уголовное право предусматривает уменьшенную вменяемость или невменяемость.

У наркоманов и токсикоманов особенно важно выяснить, зависит ли характер преступления от последствий наркотизации (криминальные действия с целью получить наркотики) или от выраженных изменений личности; в этих случаях также может уменьшаться или исключаться ответственность. В подобных случаях действие не служит обогащению, а является попыткой избавиться от непреодолимого желания или от проявлений абстиненции.

Если наркоман признается оправданным по соответствующей статье закона, то по другой статье он может подвергнуться штрафу, если «довел себя до состояния невменяемости умышленно или по небрежности употреблением действующих на психику напитков или оглушающих средств» (об этом же имеется упоминание в *гражданском праве*). Независимо от вопроса о вменяемости суд может предписать направление в лечебное учреждение, если на основе наркомании возможны дальнейшие значительные противоправные действия. Если при установлении связи между преступными действиями и наркоманией и ее психическими последствиями наступает уменьшенная вменяемость или невменяемость, то суд предписывает направление в психиатрическую больницу, если этого требует общественная безопасность.

Среди алкоголиков-преступников выделяются две основные группы: юноши с аффективными действиями под влиянием алкоголя (они в основном из неблагополучных семей, не имеют профессионального образования и часто прежде имели судимость) и хронические алкоголики среднего возраста, которые могут находиться в разных слоях общества

Страсть к азартным играм: идет ли здесь речь о болезни в юридическом аспекте — это праздный вопрос, так как в данном случае применяется правовое понятие «тяжелое душевное вырождение». Следует проанализировать, имеет ли игрок психическую задержку и есть ли связь между этим нарушением и игрой.

Гражданское право. При прогредиентном алкоголизме или наркомании может наступить недееспособность. В гражданском праве предусмотрена ответственность за опьянение.

В тяжелых случаях помогает наложение *опеки*. Если отвергаются все предложения по лечению, можно прибегнуть к *насильственной* госпитализации в психиатрическую больницу соответственно законам земель о такого рода стационировании.

Вождение. Алкоголь, наркотики и часть психофармакологических препаратов могут нарушить способность к вождению транспорта. Если наступает зависимость от алкоголя или наркотиков, необходимо лишать больных права вождения. В сомнительных случаях показано тщательное психиатрическое и глубинно-психологическое обследование.

Границы концентрации алкоголя, при которых вождение транспорта наказуемо, вплоть до лишения прав, в Германии не имеют единого положения и могут быть уже пересмотрены.

К ПРОБЛЕМЕ БРЕДА

Если речь идет о бредовом больном, то обычно диагноз поставить нетрудно. Ошибки здесь относительно редки. Если же попытаться определить, что такое бред, то приходится сталкиваться с серьезными проблемами. Хотя бред в психиатрических исследованиях всегда занимал центральное место, не удалось дать удовлетворительного определения понятию «бред». Очень трудно отграничить бред точной научной формулировкой, удовлетворяющей всех, от нормальных переживаний и от других психопатологических феноменов. Прежде чем в следующих главах описывать заболевания, при которых развивается бред, в этой главе рассмотрим, что такое бред.

Бредовые темы

Бред отношения. Больной полагает: если что-то случается в его окружении, то только потому, что это должно что-то означать. То, что говорят по радио или по телевизору, написано в газетах или проповедует священник, взгляды или смех посторонних больной относит к себе. Эти переживания больного расширяются и в конечном итоге состоят из многочисленных наблюдений и исходящих из них убеждений, которые касаются других. Он считает, что другие в его отсутствие говорят о нем, смеются над ним или что-то делают за его спиной. Бред отношения — наиболее частая тема бредового развития и встречается в начале шизофрении.

Бред ущерба. Больной рассматривает все, что вокруг него происходит, не только относящимся к нему, но и направленным против него. Он считает, что его хотят оскорбить, унизить и навредить, даже уничтожить. Он подозревает квартирную хозяйку в придирках, видит несправедливость при определении участка работы, обделенность его начальством. Бред ущерба особенно характерен для пресенильных психозов.

Бред преследования. При дальнейшем усилении бреда ущерба безобидные события в окружении воспринимаются как угроза и преследование. Это начинается с необычного чувства, с того, что что-то происходит (бредовое напряжение). Затем следует конкретное определение: его считают преступником, против него готовится заговор, его хотят уничтожить. Автомашины стремятся на него наехать; полицейские попадаются на пути, что, конечно,

не случайно. Тут и там на его пути уже разбросаны камни, только и ловят момент, чтобы вначале его залучить, а потом и уничтожить. Его хотят отравить, удушить ядовитыми газами и т. д. Определенные люди в ближнем или дальнем окружении больного — это преследователи, их пособники, помощники или помощники помощников; часто эти подозрения не высказываются. Бред преследования в основном встречается при шизофрении.

Любовный бред — это эротический бред отношений. Больной считает, что его любит определенный человек, который на самом деле к этому никакого отношения не имеет. Зачастую они даже никогда не разговаривали или знакомы лишь поверхностно. Но больной уверен в чувствах к нему. Эти отношения не раскрываются явно, но во взглядах, жестах и всем поведении этого человека можно видеть любовь. Он не выражается ясно потому, что связан семейными узами. К этому могут присоединиться бредовые идеи преследования: он хочет заставить больного страдать сексуально или каким-то другим путем. Любовный бред (так же как и синдром Отелло) возникает в большинстве случаев как этап бредового развития.

Бред ревности, точнее называемый «бред супружеской неверности», встречается только у состоящих в супружестве; у мужчин в 2—3 раза чаще, чем у женщин. Больной бесповоротно убежден в неверности жены, даже если на это нет никаких указаний и никаких доказательств. Вместо этого он приводит гротескные уверения в распутной жизни жены. Агрессия больного направлена против жены, а не против соперника. Если спрашивать о конкретных наблюдениях, то узнаешь только, что жена подозрительно долго ходила за покупками или многозначительно смотрела на трамвай. Абсурдность представлений и их некорригируемость диагностически важнее, чем возможные реальные последствия семейных недоразумений.

Бред ревности встречается при шизофрении и пресенильных психозах, бредовое развитие может стать следствием алкоголизма.

Бред двойника — это болезненная убежденность, что имеется двойник собственной персоны; больной опасается, что двойник его вытеснит и займет его место в жизни. Или у больного имеется бредовая убежденность в смысле подмены близких ему лиц, например супруга, якобы его подменил двойник и занял его место (так называемый *синдром Капгра*).

Бред величия (экспансивный бред, мегаломания). Больной переоценивает свою персону и свою значимость, свои способности

и действия. Содержание может оставаться в пределах возможного или хотя бы мыслимого. Однако чаще оно идет гораздо дальше, вплоть до грандиозных представлений о необыкновенной мощи, неисчислимых богатствах, совершении революционного переустройства мира или переворачивающих мир открытий. Многие больные считают себя призванными к великим делам, называют себя спасителями, освободителями мира, богами, сверхбогами и обосновывают это вдохновением и указаниями неземных голосов. Иногда окружающие втягиваются в бред, например окружающие больные признаются персонами высокого ранга.

Нереалистичное самовозвеличение встречается в мечтах у здоровых (фантазии всемогущества) и еще больше при опьянении. Собственно бред величия возникает при маниакальном возбуждении и особенно при шизофрении, далее при органических психозах, например при сумеречных состояниях, поражениях мозга с лобными нарушениями, прогрессивном параличе.

Бред самоуничижения, или ничтожества, — это противоположность бреда величия, больной чувствует себя беспомощным, ничтожным и потерянным. Некоторые больные считают, что они становятся все меньше в размерах. Это может возрастать до *нигилистического бреда:* больной на самом деле уже существует «не по-настоящему», он уже не живет или его жизнь — только видимость; это его неизбежная судьба. Он отрицает не только свое существование, но часто и существование своих близких: у него никогда не было детей; мир больше не существует.

Такая бредовая тема характерна для меланхолии (а также встречается при шизофренических и органических психозах). Она является самым сильным выражением и последствием меланхолической подавленности настроения. Основные темы — это утраченное здоровье, самообвинение (греховность) и обеднение. Даже если при этих бредовых переживаниях отсутствуют критерии идей отношения и значимости, то бред обосновывается непоколебимой убежденностью и некорригируемостью.

Формы бредовых переживаний и галлюцинации

Бред. Различают *бредовые представления* (бредовые идеи, бредовые выдумки), которые принадлежат миру представлений больного (сюда относится большинство описанных бредовых

идей), и *бредовые восприятия*: правильное восприятие обретает необычное значение (отнесение к себе); обстоятельства или процессы воспринимаются хотя и правильно, как и всеми здоровыми людьми, но они приобретают особое, только для больного важное, т. е. бредовое, значение. Бредовые восприятия относительно легче отличать от нормальных переживаний, чем бредовые представления.

Больной в некорригируемой форме убежден, не говоря или не умея сказать – почему. Пример Конрада: больной видит капли, образовавшиеся на сыре, и считает, что это сделано для него, чтобы он понял, что будет потеть в мучениях, чтобы убедиться в своей стойкости. Французский поэт Нервал (рис. 17, цв. вкл.) пишет о собственных переживаниях в психозе, однажды вечером, увидев на улице номер дома: «Этот номер соответствовал моему тогдашнему возрасту. Когда я опустил взгляд, я увидел вскоре перед собой бледную женщину с пустыми глазами, которая имела черты Аурелии. Я сказал себе: ее смерть или моя возвещена мне таким способом. Я не знаю почему, но я остановился на втором предположении и пришел к мнению, что она придет ко мне завтра в тот же час».

Психопатологически бредовые представления являются одночленным, а бредовые восприятия – двучленным процессом: к ненарушенному акту восприятия присоединяется его патологическое значение. Это отделение нормального восприятия от патологического значения недостаточно справедливо. Гештальт-психология указывает на то, что восприятие охватывает процесс от ощущений и узнавания через переработку узнанного к интерпретации в общее переживание. Экспериментально установлено, что при шизофрении нарушаются и сами восприятия.

Бредовые воспоминания заключаются в том, что воспоминания о событиях в (здоровом) прошлом задним числом бредово перерабатываются.

Параноидное поведение. От бредовых феноменов надо отличать бредовое поведение, которое вызвано страхом и злобой с защитными реакциями, исходящими из недоверия и неправильной оценки окружающего. С этим связан не только манифестный бред, но и тенденция к бредоподобной недоверчивости. Переходы здесь размыты, как показывают бредовые развития у тугоухих и пресенильный бред ущерба.

Сверхценные идеи более четко отличаются от бреда и стоят ближе к неболезненным переживаниям. Они характеризуются эмоциональной насыщенностью, стойкостью и полной убежденностью (Баш). У больных отдельные представления сильно охвачены эмоционально и не могут корригироваться противоположными представлениями; из-за этого они встречают враждебность и причиняют ущерб. Сверхценные идеи встречаются во всех областях жизни, но преимущественно в мировоззрении и политике, а также в науке. Они воздействуют на общество через свою способность разрушать контакты, возбуждать и внушать отвращение. По содержанию они не полностью ложны, имеют ошибки в форме неполных, содержащих проблемы представлений. То, что эти люди раздражительны и бесцеремонны в достижении цели, вызвано неосознанными мотивами. Сверхценные идеи отличаются от бредовых, но и между ними есть переходы, например кверулянтное асоциальное поведение может перейти в кверулянтный бред в процессе бредового развития.

Галлюцинации отличаются от обычных восприятий тем, что они не вызываются внешними раздражителями (раздражением органов чувств). Тем не менее они имеют элементарный характер и воспринимаются как естественные. В классической психопатологии они описываются в разделе расстройств восприятий, тогда как бред — в разделе расстройств мышления. Клинически же бред и галлюцинации в психотических переживаниях тесно взаимосвязаны: в реальности того, что переживается в галлюцинациях, больной твердо убежден; бред не нуждается в подтверждениях.

Галлюцинации относятся ко всем органам чувств. *Слуховые галлюцинации* бывают в форме звуков или голосов, при шизофрении — это голоса в форме вопросов и ответов или голоса делающих замечания по поводу действий больного. *Зрительные галлюцинации* встречаются чаще при органических психозах, а также при шизофрении. Сценоподобное их течение типично для делирия. Не совсем удачно говорят о *негативных галлюцинациях*, когда не видно объекта или человека, что встречается при гипнозе при соответствующих внушениях, а также при шизофрении. Если обманы чувств относятся к телесной сфере, то говорят о *тактильных или гаптических галлюцинациях*, чаще всего при делирии и хроническом тактильном галлюцинозе. *Обонятельные и вкусовые галлюцинации* встречаются у эпилептиков, но бывают и инициальными символами шизофрении, при которой наблюдаются все виды галлюцинаций.

Другие расстройства восприятия, которые отличаются от галлюцинаций, рассмотрены ниже.

Псевдогаллюцинации воспринимаются менее чувственно, как «сделанные», и переживаются с определенной дистанцией по сравнению с галлюцинациями. Они часто встречаются в связи с изменениями состояния сознания, это так называемые гипнагогические обманы чувств, а также при наркотическом опьянении; часто определяются желаниями и опасениями. Критическая их оценка в основном сохранена, так что это расстройство восприятия в отличие от галлюцинаций оценивается как нереальное и воспринимается с сомнением.

Иллюзии — это ложное узнавание реальных предметов. Они возникают преимущественно при утомлении и легкой заторможенности сознания, но чаще всего под влиянием сильного аффекта (так называемые аффективные иллюзии). Пень дерева в темноте от страха кажется подкрадывающейся фигурой; при радостном ожидании возвращения желаемого человека можно спутать с ожидаемым; висящий в углу банный халат покажется ребенку ведьмой. От галлюцинаций иллюзии отличаются наличием реального образа, от бредовых восприятий тем, что восприятие частично ложное, и поэтому обстановка оценивается неправильно, но без того, чтобы произошла их некорригируемая переоценка. Иллюзии в большинстве случаев кратковременны.

Парейдолии – это обман чувств, при котором восприятие несколько неточное, так сказать дополнительно к реальности (наряду, параллельно) что-то видится или слышится, например слова в шуме или фигуры в узорах ковра. При тесте Роршаха происходит нечто подобное. Парейдолии, как и иллюзии, от которых они резко не отличаются, встречаются в основном у здоровых.

Эйдетические феномены – зрительные картины, которые принадлежат к ярким представлениям здоровых. Часто это последовательные образы действительно увиденных событий и сцен, которые переживаются не как воспоминания, а обладают всеми качествами реального восприятия и локализуются во внешнем пространстве. Если способность к этим картинам-образам у детей (дневные грезы в процессе фантастического удовлетворения) и у художников особенно сильно выражена, то говорят об эйдетизме.

Внутренние голоса. Аналогией эйдетических картин являются так называемые внутренние голоса. Многие чувствительные здоровые переживают так звучание своей совести, она говорит божественным голосом. Речь идет о «звучании» ярких представлений, а не о галлюцинациях, которые локализуются во внешнем мире. Разграничение в каждом отдельном случае бывает затруднительным.

Критерии бреда

Для диагноза бреда недостаточно очевидной нелепости, фальшивого формирования суждений или поражающей убежденности. Больше, чем содержание бредового восприятия и галлюцинаторные бредовые переживания, бред определяет убеждение в его значимости и отнесение к себе. В старых определениях бреда это выражалось в болезненном отнесении к себе (Груле), болезненной заблуждающейся вере, отнесенной к себе (Керер), патологическом сознании значимости (Ясперс). Но этим охватывается только часть аспекта бреда.

Часто не учитывается, что в раннем детском возрасте бред соответствует нормальному образу мыслей. Различение предполагает способность судить об отношениях во внешнем мире по критериям, которые общеприняты не только для одного человека, но и для всех окружающих, т. е. должна быть доминанта общей реальности для частной реальности. Этой способности у ребенка до начала школьного обучения еще нет. Он не может решить, относят ли это и другие люди к себе или такое отнесение лишь случайность. Способность к соотнесению своей персоны предполагает определенное развитие отношения к реальности. Этот шаг развития при определенных условиях снова может утратиться, так бывает и при бредовых заболеваниях, а также при страхе, утомлении или в состоянии опьянения.

Важные критерии бреда – субъективная уверенность, невозможность опровержения и *некорригируемость*. Так, Конрад говорит о познании значения по типу откровения, Янцарик – о патологическом, объективно отчуждаемом убеждении с высокой

субъективной очевидностью. Оно превосходит самую сильную нормальную убежденность и опирается целиком на себя (Баш). Такое убеждение не нуждается в доказательствах.

Содержание бредовых переживаний не обязательно должно отличаться от такового при нормальных переживаниях. То, *что* бредовый больной себе представляет, что он воспринимает, может по большей части происходить и в переживаниях здоровых. Также то, что представленному и воспринятому придается особое и необычное значение, и здоровым переживаниям не совсем чуждо: новобранец, впервые идущий в форме, полагает, что все смотрят на него. Влюбленный оценивает индифферентные слова и непринужденные жесты любимой как сознательные и значимые признаки ее благосклонности. Сознающий себя виноватым за безобидным поведением окружающих чувствует, что за ним наблюдают.

Но отличает здорового от бредового больного то, что он может в любой момент «переключиться» и сказать себе: почему должны все на меня смотреть, меня ведь это не касается. Он может изменить систему отношений (Конрад), как в идущем поезде можно считать, что телеграфные столбы убегают назад, а можно видеть, что это поезд идет вперед; точно так же с представлением, что солнце всходит и заходит или что кружится земля. Бред начинается тогда, когда человек неспособен далее к этому *«преодолению»* (Бинсвангер), когда он свою частную *околореальность* (Лемпп) не совмещает с всеобщей главной реальностью, не постигает больше «коперниковского вращения» (Конрад) и становится пленником самого себя. Все крутится вокруг него самого. Соответственно этому подобное же подразумевается в том случае, когда — с интерперсональной точки зрения — бред интерпретируется в смысле неудавшейся *проекции* (Бланкенбург): в бреде не удается поставить себя на место другого человека, принять участие в другой перспективе и отказаться от собственной позиции.

Если здоровый человек слышит на улице, что кого-то зовут и свистят, он поворачивается, убеждается, что это его не касается, и для него вопрос исчерпан. Иначе в бредовых переживаниях: если больной относит что-то к себе, у него отсутствует свобода отстранения от этого. Но эти критерии годятся не для всех ступеней или периодов психоза. В начале или в конце приступа многие больные проявляют сомнение в правильности своих бредовых переживаний, в значимости своих убеждений и не исключают полностью возможность их «воображения». При выраженном же психозе господствует абсолютное *бредовое знание*.

Следующим признаком бреда считается его *непонятность*, или невыводимость, однако этим критерием вряд ли можно пользоваться для характеристики бреда. И вне бреда бывают события, которые недоступны пониманию без дополнительных разъяснений. А с другой стороны, в бреде многое понятно, если встать на точку зрения измененной структуры переживаний бредового больного. Удается ли это, зависит от опыта врача и его способности вчувствоваться, от интенсивности его усилий и от контакта с больным. В процессе психотерапии могут стать очевидными связи между бредом и предшествовавшими переживаниями больного. В частности, содержание бреда может отразить большую часть жизненного анамнеза и ситуации больного. Бред чужероден, но в принципе не полностью непонятен.

Понятие, что бред — это «перестановка отношений без повода» (Груле), не может быть поддержано. Оно обусловлено психиатрическим образом мыслей, который не знал доступа к пониманию бредового больного и утверждал критерий невыводимости бреда. Сущность бреда заключается не в том, что его не понимают другие, а в том, что сам больной не испытывает потребности исследовать источники своих бредовых переживаний, ставить под сомнение содержание бреда и анализировать возражения окружающих. Он твердо придерживается бесспорной убежденности и часто (в пределах своей системы) имеет логическую последовательность в своей бредовой уверенности, хотя в остальных сферах мышления может делать логические умозаключения. Несмотря на чудовищность содержания, которое может иметь бред, аффективная окраска его сравнительно незначительна.

Вербализированному бреду предшествует *бредовая напряженность* (менее правильно называемая бредовым настроением и бредовой потребностью). В бредовом напряжении мир кажется измененным, непривычным и угрожающим, хотя больной не может описать это конкретно. Она встречается в продромальной стадии шизофрении.

Из бредовой напряженности развивается бредовая убежденность, манифестный бред. *Бредовой деятельностью* обозначается создание из отдельных бредовых идей цельной бредовой системы или бредового построения. Она может быть закрытой, т. е. обнаруживать внутреннюю последовательность, хотя ее предпосылки не соответствуют реальности. Бредовая деятельность может рассматриваться как попытка борьбы с психотически измененными переживаниями. Часто бред представляется несистематизированным, его компоненты не соподчинены, не последовательны и вариабельны. При шизофрении бред может быть столь же спутанным, как и само мышление этого больного.

К феноменологии

Исходя из формальных критериев, можно обобщить предыдущие определения бреда: переживание его значимости, особый род отношения к своей персоне, охваченность этой системой отношений, невозможность перейти в другую систему отношений, тенденция к застреванию на ней вместо ее преодоления. При этом ранее имевшиеся установки представляются больному недостаточными, хотя на самом деле именно бред является заблуждением, нарушением мышления или суждений, «патологически ложным мышлением» (Груле) и нарушением мышления по содержанию, принципиально необъяснимым и недоступным пониманию.

Бред позволяет понять, что такое с-ума-сшествие. И все же здесь речь идет меньше о помешательстве мышления и суждений, а больше о «помешательстве исходного пункта» (Крепелин) или сущности личности.

При феноменологическом анализе бреда необходимо проводить различие между вещественной и личностной реальностью (Матушек). Противоречие с вещественной реальностью всплывает в бредовой перестройке: первично наступают противоречия в личностных реалиях, что особенно наглядно видно в бредовых восприятиях. То, что больной переживает скрытно и изолированно самые основы своих жизненных процессов, является узловым моментом для понимания бреда. Это звучало уже в старых определениях бреда, далее развивалось в мыслях Конрада о невозможности «коперниковского переворота» в мыслях больного, и наконец последовательно сформулировано в феноменологически-антропологическом исследовании бреда; бред — это первичное заблуждение, менее в объективном мире и более в персональной межчеловеческой деятельности (Байер). Бредовый больной недоверчив и в межчеловеческих столкновениях не может достаточно верить и доверять, и потому он пытается придерживаться своих идей вместо вещественной реальности. О том, что эта попытка оканчивается неудачей, свидетельствует бредовая симптоматика.

Общение с бредовым больным позволяет убедиться, что бред— это *нарушение межчеловеческих отношений* (ср. у М. Бубера), в основе которого лежит потеря веры и доверия. Это положение особенно специфично для бредовых больных шизофренией, но оно же приложимо и к другим бредовым формам.

Существенным признаком бредовых больных является способ их сосуществования со здоровыми: больной иной, чужой, отдаленный, неспособен переделаться и безумен, но вне фабулы бреда действует и говорит без нарушений. Одновременно сосуществуют бредовые отношения к реальности и обусловленные реальными потребностями действия в повседневной жизни. Эта двой-

ственность определяет сущность бреда, особенно при шизофрении.

Антропологическая психиатрия спрашивает, можно ли «открыть в бреде скрытые возможности, нужные для приспособления» (Бланкенбург). Дазайн-анализ в соответствии со своей позицией в меньшей степени пытается сделать предметом своего исследования патологию в бреде (которое он не упускает из виду), но исследует особый род «бытия-в-мире» бредового больного. При этом Бинсвангер смог обнаружить в бреде «логику бытия». «Бред является отражением экзистенциальной угрозы; в бреде преследования из «беспочвенного ужаса» появляется тайный враг». В «Отце» Стриндберга ротмистр, уединенно живущий недоверчивый человек, у которого патологическое развитие кумулируется в бреде ревности, говорит: «Да, это беспочвенное подозрение, у меня нет больше почвы». Слово «почва» значит здесь гораздо больше, чем аргумент. В частности, необходимо указать на представления всеобъемлющего характера.

Возникновение

Нижеследующее изложение относится в основном к бредовому развитию (паранойе) и шизофрении, меньше — к бредовой меланхолии и органическим психозам.

При возникновении бреда совместно действуют различные условия. *Предрасположение* к бреду предполагается, хотя и трудно доказуемо. Имеющуюся готовность к заболеванию надо понимать не только в генетическом смысле, следует обращать внимание на физические и особенно психосоциальные влияния на ранних фазах развития. Однако и здесь мало известно достоверного.

Психореактивные условия учитывались уже в старых психиатрических исследованиях бреда. «Состояния бреда возникают из внутренних потребностей» (Э. Блейлер). Внутренняя потребность утверждается тогда, когда больной не предрасположен к переоценке необычных переживаний и восприятий на его действительное состояние, что делает беспредметным такое предположение. Он уклоняется от соответствующих попыток партнера по беседе. Если он своим бредом не «хочет» заблуждаться, то его бред представляется внутренней необходимостью, от которой больной не может отказаться.

Чем больше изучаются биографические связи, конфликты перед началом и в процессе болезни, тем больше приходится сосредоточиваться на опыте *психодинамических отношений*. Темы и формы бреда, как и время их появления, представляются не случайными и не «эндогенными». Конечно, такие указания удается

выявить далеко не в каждом случае, и тогда ставится вопрос, можно ли выводить бред, т. е. потерю точки зрения и специфического отношения к реальности, из патологического развития и конфликтов. Против этого говорит то, что у многих людей, находящихся в тех же непреодолимых конфликтных ситуациях, бред не развивается (как и неврозы и другие психические заболевания). До сих пор не удалось определить специфические психические условия для бредообразования. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования таких условий возникновения, как предрасположение или неизвестные еще соматические факторы.

Психодинамически бредообразование пытаются объяснить процессами *проекции,* которые понимаются в особом, специфическом смысле по сравнению с учением о неврозах. Здесь происходит радикальный перенос непереносимого содержания переживаний со своей персоны на внешний мир (*экстернализация*), вследствие чего возникают нарушения отношения к реальности.

Простым примером этого является переживание виновности в конфликтах между желаниями и совестью (Сверх-Я). Неосознание побуждений и влечений, не ко времени возникшее возбуждение порождают чувство вины, непереносимость которого устраняется перенесением вовне: на место самообвинения приходят обвинения и угрозы со стороны, а именно голоса и бред преследования. Это субъективно переносится легче, чем самообвинения. Это приносит облегчение; другой путь ведет к любовному бреду — эротические и сексуальные желания, связанные с сознанием вины, вследствие слабого сопротивления переживаемые с самоосуждением, могут проецироваться на другого человека. Существует другой, который любит и жаждет (*обращение—субъект-объект*), с чем связано освобождение от груза собственного переживания и, при известных обстоятельствах, исполнение желаний. *Мания величия* также может рассматриваться в качестве процесса освобождения, собственно в «бегстве от враждебности, от жалости сопереживающих близких» (Авенариус); т. е. мания преследования может предшествовать мании величия. («Высокомерие» в обоих смыслах этого слова: презрение реальности и несчастное самопревознесение.) Другие частности объясняются в связи с психодинамикой шизофренического бреда.

Вновь остаются открытыми вопросы, почему у одних людей (а именно у бредовых больных) эти защитные механизмы вступают в действие, а у других развивающиеся защитные процессы приводят к неврозам и почему большинство людей на эти конфликты вообще не реагируют психопатологически. Одной силой переживания конфликта объяснить выбор защиты и его последствий не удается. Опыт, не в ущерб этому возражению, убеждает, что психодинамические процессы причастны к генезу бреда.

Часто бредовые больные, особенно при шизофрении, проявляют повышенную напряженность инстинктов. Фрейд особенно выделял гомосексуальные тенденции. Он развивал эту концепцию на основе истории жизни одного бредового больного — саксонского президента сената доктора Шребера, которого он сам не наблюдал, а располагал только автобиографиче-

ским описанием. Гомосексуальные тенденции были установлены Фрейдом в этом случае справедливо и подтверждены последующими наблюдениями. Однако теория о гомосексуальности как причине возникновения бреда при подобных обобщениях кажется недостаточно обоснованной.

На социокультурные факторы среди прочего указывают различия в частоте их видов: не случайно любовный бред встречается чаще у женщин, а бред ревности — у мужчин.

О *соматических факторах возникновения* бреда ничего определенного неизвестно. И бред невозможно свести лишь к *отдельным* биологическим факторам, поскольку бред — это комплексный психопатологический феномен, результат психического процесса; поэтому с биологической точки зрения можно гипотетически предполагать существование лишь соматических условий, *некоторой предпосылки* возникновения бреда.

Нозология бредовых заболеваний

Бред возникает при различных психических заболеваниях, чаще всего при шизофренических психозах, далее — при острых органических психозах, определенные его темы характерны также для меланхолии. Диагноз определяют по бредовым переживаниям и прочим симптомам.

Впрочем, имеются болезни, которые состоят из одного бреда, без появления других психических расстройств. Эти чисто бредовые заболевания описываются в следующей главе.

БРЕДОВЫЕ РАЗВИТИЯ

Паранойя — стойкая и непоколебимая бредовая система при ненарушенных в остальном переживаниях и сохраняющейся интеграции личности (Крепелин). Старые психиатры долгое время определяли место этого психоза в психиатрической систематике, не достигнув при этом единства; оспаривалось даже ее подчинение в рамках шизофрении, и само понятие паранойи оценивалось по-разному. Эти нозологические проблемы были решены благодаря изучению условий ее возникновения. Психиатрам Р. Гауппу (рис. 14, цв. вкл.) и Э. Кречмеру удалось установить психические условия возникновения этого бредообразования наряду с другими. (Примером послужили разбор истории болезни и жизни старшего учителя Вагнера и описание сенситивного бреда отношений.)

Положение этих психозов в психиатрической симптоматике остается спорным. Характерные признаки послужили тому, что они выделены в от-

дельную нозологическую группу; в МКБ и в DSM они описываются как «бредовые расстройства». Нередкие переходы в шизофреническое течение говорят о тесной связи с группой шизофрений. Однако есть один значимый для нозологии вопрос: теоретически и терапевтически — это психодинамический аспект. Исходя из этого, мы обозначаем бредовые заболевания нозологически нейтрально — как *бредовые развития* и описываем в следующих разделах отдельные характерные формы; здесь также описывается бред ревности при алкоголизме.

Сенситивный бред отношения

Симптоматика бреда отношения уже описана. Психозы, при которых имеется только эта симптоматика и не обнаруживаются шизофренические или другие психотические нарушения, были исследованы Э. Кречмером и названы *сенситивным бредом отношения*.

Возникновение. Сенситивный бред отношения развивается из триады симптомов — характера, переживания и среды. Специфичность характера заключается в сенситивной структуре личности и застойности аффекта (ретенция), с контрастом между астеничностью и стеничностью, между ранимостью и стремлением к самоутверждению и с особой сексуальной конституцией, с повышенными влечениями при сверхсильном их подавлении. В большинстве случаев речь идет о дифференцированных и интеллигентных людях, но с частичной задержкой созревания.

Переживания, которые развиваются у индивидуумов с такой личностной структурой, подходят как ключ к замку в вызывании бредового развития; это проявление не только недостаточности и личностного краха, но и другие разочарования и промахи в межчеловеческих отношениях, переживания неполноценности при соматической задержке и припадках, неудачах в профессиональной и социальной областях.

Психодинамика сенситивного бреда отношения иная, чем при неврозах: вследствие *задержки* конфликты или переживания вины не вытесняются, а наоборот, «застревают», остаются мучительными в сознании, господствуют в переживаниях невыносимым образом. До поры до времени это развитие представляется психологически понятным. То, что следует потом и приводит к бредообразованию, попытался объяснить Кречмер: «... внезапно наступает это развитие, инвертированные побочные переживания выходят на первый план и с этого момента происходит комбинированное построение. Инверсия означает тот пункт, с которого моментально отламывается осознанная психическая переработка переживаний, осознанное Я с этого момента приобретает совершенно пассивную роль; оно возобновляет свою деятельность только тогда, когда возрождаются побочные переживания». Инверсия, в понимании Кречмера, также защитный процесс (не путать с понятием инверсии

Фрейда в смысле гомосексуальности); Винклер говорит об *экстернализации Сверх-Я*. Это психодинамически трудно интерпретируемый психологический переворот в переживаниях; почему только у немногих людей, в том числе и у сенситивных личностей, инверсия развивается в бредообразование? Отсюда следует предположение, что в генезе бреда участвуют и другие факторы, в особенности следует думать о врожденно обусловленной готовности к заболеванию.

Сенситивный бред отношения наблюдается и после *органических мозговых повреждений*, например после травм мозга или после алиментарной дистрофии. Особая чувствительность и ранимость человека с органическим поражением и большая подверженность конфликтам при этой неполноценности становятся очевидными соучастниками формирования бреда. В то же время у этих больных обнаруживаются описанные признаки сенситивности, конфликтности и сочетание переживаний. Повреждение мозга — это одно из предрасположений к бредообразованию, но не единственная его причина. Следовательно, здесь речь идет не об органическом психозе, а о бредовом развитии при сложных предрасполагающих факторах.

Эти наблюдения подтверждают представление о множественно обусловленном генезе болезни: конфликтные переживания и реакция окружения, личностная структура и возможное участие врожденных факторов, а также психоорганические осложнения и соматопсихические реакции при возникновении препятствий.

Течение и разграничение. Сенситивный бред отношения возникает часто на четвертом десятилетии жизни. Женщины заболевают чаще, чем мужчины, у которых чаще отмечаются органические поражения как дополнительное условие. Болезнь развивается постепенно, незаметно для окружающих, поскольку больной с трудом раскрывается. Явной она становится только вследствие суицидальной попытки.

В дальнейшем течении не встречается иных расстройств, кроме бредовых симптомов, в том числе нет и изменений личности. Прогноз относительно благоприятный, меньше из-за самого бреда — он протекает хронически и трудно поддается влиянию. В такой форме, как самостоятельная картина болезни, сенситивный бред отношения встречается редко.

Классификация по МКБ 10: F22.0.

Несколько чаще бред отношения наблюдается как синдром в инициальной стадии шизофрении, которая диагностируется позже на основании более характерных симптомов. Эти наблюдения побуждают к представлению, что сенситивный бред отношения — это не что иное, как относительно благоприятно протекающая параноидная шизофрения. Но это не подходит ко всем случаям, так как часть сенситивных бредовых развитий однозначно отличается от шизофрении и рассматривается как самостоятельная болезнь.

Лечение. *Психотерапия* не в состоянии непосредственно вылечить от бредовых переживаний, но воздействует на корни их возникновения и реак-

ции больного. Если лечение начинается рано, некоторых больных можно освободить от бреда. Однако часто бредовая симптоматика сохраняется. Переструктурирование образа переживаний сужает их границы; к тому же жизненные обстоятельства часто не дают повода для нового обострения. Однако и в этих случаях психотерапевтическая беседа полезна и способствует хотя бы сохранению принятого образа жизни. Если даже сохраняется бред, его давление ослабевает, для многих больных существование становится хотя бы переносимым.

Нейролептики мало влияют на этот бред, но приносят аффективную стабилизацию. Социотерапевтические мероприятия могут улучшить жизненные условия и тем самым облегчить участь больного.

Экспансивное бредовое развитие (кверулянтный бред)

Сенситивному бреду отношения противопоставляется экспансивное бредообразование, кверулянтный бред. Это бредообразование предполагает также определенную психическую структуру: так называемую кверулянтную личность. Эти люди действуют уверенно и стенично, но в то же время чрезвычайно чувствительны и ранимы. Многие обнаруживают гипертимные черты.

Если проследить факторы, предшествовавшие развитию бреда, то сталкиваешься с обидами, опытом своей неполноценности и обостренным чувством справедливости. Как из этого развивается кверулянтная личность, уже описано. Это кверулянтное поведение переходит у некоторых его носителей без резких границ в кверулянтный бред, при котором уже невозможны сомнения в справедливости своих позиций и своего поведения. Окружающие настроены против больного, они его подкалывают, планомерно работают против него, стремятся его унизить, подавить и любой ценой избавиться от него. Абсолютная безрассудность, самоуверенность, перенос расширенного поля борьбы с мнимыми противниками на других людей, инстанции и наконец на все общество — таковы характерные признаки кверулянтного бреда.

Классификация по МКБ 10: F22.8.

Психодинамически в субъективном чувстве ущербности относительно своих правовых притязаний и в ошибочных суждениях в отношении противников можно видеть некорригируемое самоосуждение. То, что больной сам считает неправотой, он проецирует на окружающий мир, который, по его мнению, относится к нему несправедливо. С такой точки зрения кверулянтный бред — это борьба за соблюдение прав извне: «Я, поскольку я плох, должен заботиться о хорошем» (Куипер). Об остальном в психо-

динамике известно мало. Как и при других развитиях, особое значение имеет предшествующая структура личности, возможно также генетическое предрасположение.

Течение, как и возникновение, зависит от поведения окружающих. Если люди реагируют только формально-юридически и с непониманием, то это поддерживает бредовое развитие. Небюрократическое отношение может задержать процесс. Психотерапия применяется редко.

Экспертиза. При выраженном кверулянтном бреде больной недееспособен. Из-за последствий, которые возникают по причине кверулянтного поведения, сказывающегося как на больном, так и на его близких, раньше накладывалась опека, которая расценивалась больным как подтверждение своей правоты. Могут ли меры по созданию законов *об опеке* означать помощь больному, нужно еще доказать.

При *наказуемых деяниях*, которые находятся в однозначной связи с бредом, способность осознания и управления своими действиями оценивается как сниженная. Обременение администрации и судов жалобами не дает оснований для наказания жалобщика.

Бредовое развитие у тугоухих

Если нарушено или утрачено понимание произносимого слова как важнейшее средство межчеловеческого общения, может наступить бредовое развитие. И здесь бред объясняется как нарушение межчеловеческих отношений. Тугоухий считает себя обойденным в разговоре, выключенным из общения (особенно между несколькими людьми) и вообще из межчеловеческих коммуникаций. Понятые высказывания он толкует ложно или наполовину, чувствует за непонятым неблагоприятные замечания и насмешку. Он относит на свой счет безобидные жесты, подозревает за безобидным поведением пренебрежение. Из реального ущерба, который приносит тугоухость, может развиться *бред* ущерба: некоторые специально устраивают так, что за их счет получают всякие блага. В результате тугоухий может достичь уровня бреда: им систематически пренебрегают. Даже патологический шум в ушах оценивается как каверзы окружающих.

Часто удается установить, что больной уже до развития бреда был излишне чувствительным и недоверчивым. Непонимание и бесцеремонность родственников могут способствовать дальнейшему развитию бреда, а заботливое и терпеливое поведение может благоприятно подействовать на больного.

Бредовое развитие, которое возникает в основном у стареющих людей, связано с пресенильным бредом ущерба (Крепелин) или с иволюционной паранойей (Клейст). Важнее всех этих названий является вывод, что у ста-

реющих и старых людей разные жизненные ситуации часто приводят к развитию бреда (изоляция, пренебрежение, оскорбление); это же относится к кверулянтному бреду.

С тугоухостью сходны *глухонемота* и ситуация *людей, вынужденных жить в условиях чужого языка,* например, у военнопленных, когда может развиться бред ущерба или преследования.

Симбиотический бред (индуцированное безумие — folie à deux)

Бредовый больной получает от своего окружения в большинстве случаев непонимание, отклонение или агрессивное отвержение. Реже бред находит сочувственный резонанс, который может зайти столь далеко, что близкий к больному человек принимает участие в бредовых переживаниях. Тогда говорят о «folie a deux»: индуцированном бреде или (по Шарфеттеру) о симбиотическом психозе (симбиотический психоз в детской психиатрии имеет иное значение). В основном речь идет о бреде преследования, но могут быть и другие темы, включая дерматозойный бред.

Классификация: F24 по МКБ 10.

Французская психиатрия дает более подробную дифференцировку. При folie simultanée речь идет о возникновении одновременно двух независимых друг от друга заболеваний. Под folie imposée понимают легкие и преходящие бредовые симптомы у человека, который находится в тесных отношениях с больным. Folie communiquée соответствует индуцированному бреду. Здесь уже формируется общая бредовая платформа с «мы»-соотнесенным, конформным бредом (Байер).

В случаях бреда преследования, ущерба и отношения у партнеров отмечаются общие опасения и надежды; при кверулянтном бреде они объединяются в борьбе против враждебного им мира. Но не все перенимается от другого. Бредовому больному остается пространство для собственных суждений, от которых другой человек может дистанцироваться.

Возникновение. Вероятной причиной является обусловленная предрасположенностью готовность к бреду: в семьях индуцирующихся также часто встречаются психические больные, особенно больные шизофренией, как и в семьях индуцирующих. Следует также указать на свойства личности и переживания. Особенно в сфере межчеловеческих отношений. Индуцирующийся обычно имеет более слабую психику, чем индуцирующий, и он воспринимает под сильным влиянием мир таким, каким ему его представляют (Шарфеттер).

В целом же такая коммуникация углубляется вследствие социальной изоляции обоих и нарастающей их защиты от окружающего мира. Бред становится посредником в коммуникации этих двоих. Нарушенное равновесие вследствие заболевания первого партнера должно восстанавливаться благодаря заболеванию второго. Для индукции бреда важно не то, что бред первого больного кажется для партнера достойным доверия, а то, что это пара-

ноидное изменение мира соответствует «внутренней потребности» индуцированного, и что бред соответствует общей природе обоих этих людей. Так может происходить бредовая совместная работа, в которой индуктор и индуцируемый равны (М.Блейлер). Бред, имеющийся у индуцированной супружеской пары, может отсутствовать у ребенка.

Лечение индуцированного заключается в отделении его от заболевшего. Если это удается рано, то индуцированный бред может быстро отзвучать. Позже успех кажется сомнительным. Если, несмотря на отделение, бред сохраняется, следует взвесить возможность самостоятельного бредового заболевания (в смысле folie simultanée). Часто не удается достичь эффекта разделением связанных бредом партнеров, и тогда приходится ограничиваться помощью в борьбе с жизнью обоим больным.

К терапевтическому обращению с бредовыми больными

Пациент, который заполнен *своими* представлениями и убежденно их придерживается («неодинаковая субъективная достоверность» по К.Ясперсу), противостоит врачу, который его убеждений не разделяет, а считает их ложными. Врач, который держится «не понимающим» пациента, а пациент видит себя непонятым врачом — это очень тяжелая ситуация.

Как должен держаться врач, чтобы все-таки создать терапевтические отношения? Бредовому больному не нужно выставлять контраргументы и выговаривать ему, но нельзя игнорировать и пренебрегать его высказываниями, показывать иллюзорность бредовых переживаний. Лучше всего врач должен честно и осторожно сказать, что он не разделяет воззрений больного. Но следует убеждать больного, что все, что он думает и чувствует, будет рассмотрено серьезно и с попыткой понимания. Немалое число больных принимает такой модус «согласия о несогласии». Врач может допустить, что он не при всех обстоятельствах имеет свое собственное суждение. Это психологически приемлемо, но может использоваться больным относительно правоты его «концепции». Беседа с больным должна все больше и больше переходить на уровень субъективных переживаний и приводить больного к пониманию, что кроме объективной (внешней) реальности есть и субъективная реальность. Исходя из этой позиции, больной может получить толчок к первым сомнениям в правоте своей «концепции», т. е. в своем бреде.

Однако нередко больные последовательно отвергают психотерапевтические попытки врача. Многие больные соглашаются на

лечение лишь общего характера, если им объяснят, что все, что им противостоит, приносит отягощение, порчу и подавление, и все это можно устранить лечением. Все усилия направляются на то, чтобы достичь появления потребности в труде. Удивительно, как часто это удается. Даже если бредовая симптоматика не устраняется, взаимоотношения врач—больной имеют постоянную терапевтическую ценность, особенно при хроническом бреде, когда происходит распад бредовых переживаний и тем самым становится возможным поддержание социальных отношений.

ШИЗОФРЕНИЯ

Психическая болезнь, сумасшествие, безумие или бред — это только некоторые из обозначений того психоза, который сегодня называют шизофренией. Она известна с древности, но только в 1896 г. Крепелину удалось (рис. 11, цв. вкл.) вскрыть общие признаки болезни за большим многообразием ее клинических картин. Для первого ее названия — dementia praecox — дали повод, с одной стороны, расстройства мышления («слабоумие»), а с другой — раннее начало болезни в противоположность сенильной деменции.

Следующий важный шаг заключался в новой оценке концепции этой болезни Блейлером (1911), который предложил и поныне употребляемый термин «шизофрения». Для этого было несколько оснований: ни деменция, ни раннее начало необязательны при этом заболевании; к тому же имеются «элементарные расстройства в недостаточном единстве, в раздробленности и расщеплении мышления, эмоций и воли и субъективного чувства личности». Это и было расценено как психоз расщепления, или шизофрения. Э.Блейлер (рис. 12, цв. вкл.) распознал фундаментальные расстройства при этом заболевании и нашел глубинно-психологический подход к такого рода психическим нарушениям, которые до того расценивались как непостижимые.

Шизофрении в проявлениях и течении столь многообразны, их этиология столь сложна, что короткое определение кажется невозможным, а описание в учебнике должно быть относительно подробным.

Учение о шизофренических психозах в последние десятилетия во многом пересмотрено благодаря полученным данным на ос-

нове длительной исследовательской работы, особенно о течении и прогнозе, которые относятся к психосоциальным аспектам и излечимости.

Частота. Шизофрении – наиболее часто встречающиеся психозы после старческих психозов. Вероятность заболевания (риск болезни в течение жизни) населения, достигшего 40 лет, составляет около 1 %, распространенность (частота к определенному сроку)– около 0,5 % . Заболеваемость составляет 15–50 новых больных в год на 100 000 взрослых людей. Мужчины и женщины заболевают приблизительно с одинаковой частотой. Люди, рожденные с февраля по май, имеют более высокий риск по шизофрении (возможно вследствие повышенной заболеваемости простудными инфекциями во время беременности в зимние месяцы).

Шизофрения встречается у всех рас и культур. Однако преимущественные картины проявлений меняются вместе с социокультурными условиями. В психиатрических больницах больные шизофрениями составляют большую часть всех больных, особенно в хронических отделениях.

Классификация. МКБ 10 в разделе F20 различает шизофрении вначале по отдельным подформам (4-я строка) и по формам течения (5-я строка): эпизодические, хронические, ремиттирующие и т. д. Отдельные категории определены в соответствующем месте.

Симптоматика

Шизофрении могут изменить практически все психические функции. Чтобы расчленить многочисленные и разнообразные симптомы, следует лучше всего использовать деление Э. Блейлера на основные и дополнительные симптомы.

Основными симптомами являются расстройства мышления, в первую очередь разорванность, амбивалентность и аутизм. *Дополнительные симптомы* – это бред, галлюцинации и кататонические расстройства; они очень впечатляющи, но не облигатны, не специфичны и потому не являются решающими для диагностики.

Сходно, но не идентично различие между первичными и вторичными шизофреническими симптомами. Другое разделение симптомов происходит из английской геронтологической психиатрии, и с современных фармакотерапевтических и нейробиологических позиций выделяют позитивные (продуктивные) и негативные (минус) шизофренические симптомы. Понятия «основные симптомы», «первичные симптомы», в том числе «негативные симптомы», «базовые расстройства» в основном охватывают похожие расстройства.

В следующих разделах описывается симптоматика по ее отношению к отдельным феноменам, к их диагностической ценности, психодинамическому и патическому значению (собственные переживания). Симптомы из дидактических соображений описываются в их типичном виде, даже если они могут возникнуть в легкой форме.

Мышление. Из-за расстройств мышления, которые принадлежат к основным симптомам (так называемые базовые расстройства по Хуберу), шизофрении прежде причислялись к душевным болезням, в противоположность эмоциональным болезням (аффективные психозы). При *разорванности* мышление бессвязно и алогично. В экстремальных случаях речь больных становится совершенно непонятной, она представляет не связанные между собой слова (словесная окрошка). Разорванное мышление во всех отношениях бессмысленно. Оно может иметь смысл в психотических переживаниях и, по крайней мере, частично понятно, если тщательно разбираться в картине болезни.

Бессвязным и алогичным можно назвать мышление детей, а иногда и взрослых (не только с низким интеллектом), особенно под влиянием сильных эмоций. Мышление, исходящее из желаний у взрослых, может приходить в противоречие с реальностью, что Э. Блейлер обозначил как «аутистически-недисциплинированное мышление». Аутистическим здесь является то, что мышление, в противоположность аутизму при шизофрениях и при раннем детском аутизме, представляет в широком смысле направленность на себя.

Шизофреническое разорванное мышление, хотя и имеет определенное отношение к обычному мышлению, исходящему из желаний у здоровых, отличается от него вычурностью и абсурдностью, внутренней противоречивостью и связями с бредовыми переживаниями. Этим оно отличается и от абсолютно бессвязного мышления (инкогеренции) при органических психозах (делирий). Разорванное мышление указывает на нарушение отношения к реальности и аутизм больных шизофрениями, которые могут передавать другим только неполноценные сообщения.

Шизофреническое расстройство мышления определяется еще рядом типичных признаков: *шперрунг* мышления, или обрыв мыслей, плавно текущий процесс мыслей внезапно обрывается, иногда в середине фразы. Больной не может довести мысль до конца, молчит, хотя и болезненно осознает это расстройство мышления. *Сделанные мысли* больной переживает как свой собственный мир представлений (не так, как галлюцинации), но они сформированы кем-то другим, «принудительно» (Ясперс). Противоположным является *отнятие мыслей*: мысли отнимаются извне, может быть определенным человеком. Эти симптомы находятся в тесной связи с нарушениями Я и с бредовыми переживаниями. *Распад понятий:* понятия теряют свои точные значения и четкие отграничения от других понятий. Самые различные, часто несоединимые значения амальгамируются. Эти патологические связи называются *контаминациями*.

«Господь Бог – это корабль в пустыне». В этой фразе смешиваются библейские темы о Боге в пустыне и о верблюде, как корабле пустыни. Конта-

минации легко определяются в тесте Роршаха. Если одни здоровые на первой таблице видят фигуру с крыльями, например ангелов, другие – медведя, то больной шизофренией контаминирует: «Ангел – белый медведь» (пример, как и последующие, Блейлера).

Такие связывания могут распространяться и на личности: люди в окружении больного теряют свою индивидуальность; их своеобразие и отношение к больному сливаются и перемешиваются, что приводит к непризнаванию человека. Больной шизофренией «видит» во враче своего коллегу, в медсестре – свою мать. Эти непризнавания основываются не на нарушении ориентировки, как это бывает при расстройствах сознания, они принадлежат к бредовым переживаниям.

Сдвиги понятий происходят различным образом. Конкретизация понятий осмысливается и применяется только в прямом, а не в переносном смысле. Юный больной шизофренией чувствует, что его поддерживают во всех домашних делах, и у него развивается резкое отвращение ко всему, что связано с поддержкой, например трость и т. п. Это – неспособность переноса. Невозможность изменить систему отношений, застревание на ситуативном опосредовании (Янцарик). Нарушение оценки переносного смысла слов определяется на основе трактовки известных поговорок.

При шизофрениях также встречаются и противоположные нарушения смысловых понятий в виде расстройств оценки реальных отношений. Символизм (сверхвключение) состоит в том, что понятия осмысливаются только в переносном (метафорическом) смысле. Символ овеществляется патологическим образом. Так, больной шизофренией деревенский работник считает, что его разоблачит то, что свинья забежит в коровник, и это означает его свинскую склонность к сексуальным притязаниям к коровам.

Эти и сходные расстройства мышления при шизофрениях обнаруживают также *экспериментально-психологически* и обозначают как *когнитивный дефицит.*

Интересным представляются отношения между видом и выраженностью расстройств мышления у больного шизофренией и способом общения между здоровыми членами его семьи. В разговорах, которые ведут родственники и больной, встречаются столь бессмысленные выражения, что для постороннего эта речь совершенно непонятна; такой разговор нередко звучит как разорванный ход мыслей больного шизофренией

Для шизофрении характерны сосуществование упорядоченного и разорванного мышления, часто в быстрых сменах одного другим. При хорошем контакте с больным нередко устанавливается, что в процессе длительной беседы мышление больного постепенно упорядочивается.

В описанной степени выраженности эти расстройства встречаются не у каждого больного и не в каждой стадии болезни. Часто расстройства мышления малозаметны или определяются только при настойчивом расспросе. Полезен вопрос о «концентрации», например при чтении. Простой способ заключается в повторении и рассказе после прочтения сказки о животных, когда больше внимания обращается на смысл (который при шизофрениях может неправильно восприниматься), чем на противоречия в частностях (которые с трудом схватываются при органических нарушениях).

Речь. У некоторых больных и в некоторых фазах заболеваний речь изменяется. Своеобразные нарушения речи также часто коррелируют с другими психопатологическими расстройствами

(когнитивными, аффективными, личностными). Они качественно и количественно очень различаются по многим параметрам. Возможна выраженная речевая активность, а возможна выраженная речевая заторможенность, вплоть до *мутизма*. Характерны — хотя и не патогномоничны,— манерность речи, новообразование слов (*неологизмы*), которые часто возникают посредством идеосинкретического композиционирования, когда, например, «trauram» состоит из слов «траурный» и «зверский» (контаминация по Блейлеру). Больные могут вставлять в ненарушенную речь новообразования, или речь целиком состоит из них, и поэтому смысл сказанного невозможно распознать, как жаргон. Эмпирически-лингвистический анализ речевых текстов больных шизофрениями обнаруживает тонкое отличие от речи здоровых, например малое количество связующих слов (Шонауэр), что обусловлено названными коммуникативными нарушениями.

Манерность шизофренической речи проявляется в ненатуральной речевой технике с чрезмерно старательной, утонченной, манерной артикуляцией, «важным» способом выражений, необычным подбором слов и судорожными усилиями говорить на чистом языке, когда все вокруг говорят на диалекте.

Манерность сказывается и на письменных выражениях: стиль ненатуральный и тяжеловесный, он не соответствует уровню образования больного, выбор слов не соответствует содержанию и напыщенный. В почерке бросаются в глаза своеобразные формы букв, завитки, необычный порядок строк и письмо в разные стороны. Неологизмы, манерность и другие расстройства речи могут быть обусловлены или усилены влиянием окружающей среды.

Шизофазия (речевая спутанность) – это картина шизофрении, определяющаяся выраженными расстройствами речи: от больного вряд ли услышишь осмысленные выражения, ответы не имеют отношения к вопросам и непонятны; при этом больные говорят охотно и много. Их поведение показывает, что мышление у них грубо не нарушено: они выполняют распоряжения и могут исполнять некоторые виды работ. К окружающим относятся дружелюбно, но их расстройства речи затрудняют более тесные контакты.

Восприятие. Клинически расстройства восприятия у больных шизофрениями встречаются редко. Гештальт-психологический анализ свидетельствует о том, что в воспринятом объекте преобладают свойства сущности и выражения, тогда как особенности структуры, соединений и положения не принимаются во внимание. Процесс восприятия не ведет к конечному результату, а застревает на деталях.

Экспериментально обнаруживаются нарушение восприятия и его переработки, например, при опытах на константность размеров, восприятии глубины и контраста, дифференцировке фигуры и фона. Время реакции затягивается, особенно при хронических шизофрениях. Если воспринимается много безразличных раздражителей, внимание притупляется (перенасыщенность

восприятий), что определяется в оптических (тахистоскоп) и акустических опытах. Разложение и расчленение единых связей в восприятии удается больным шизофрениями не так хорошо, как здоровым. Поэтому многие шизофренические симптомы объясняются как неудачная попытка компенсации расстройств восприятия, которые, вероятно, принимают участие в генезе галлюцинаторно-параноидного синдрома.

Аффективность. Нарушения аффективности у больных шизофрениями многообразны и изменчивы. Наблюдаются расстройства настроения различного рода. *Состояние повышенного настроения* может иметь маниакальный отпечаток, но оно менее витально, привлекательно и продуктивно, чем при аффективных психозах. Для больных шизофрениями характерен иной вид повышенного настроения, который производит впечатление несерьезности и глупости, особенно у молодых больных (так называемые гебефренные формы). Больные часто необузданные, расторможенные, шумные и бесцеремонные.

Депрессивные расстройства настроения у больных шизофрениями часты и многообразны, иногда они очень схожи с меланхолией. Но чаще шизофреническая депрессивность иная: больные беспомощны и требуют поддержки. Эти расстройства часто зависят от обстановки, больных можно отвлечь и развлечь. С другой стороны, могут встретиться глубокие депрессии с суицидальностью. Суицидальные действия больных часто непредсказуемы. Шизофреническая аффективность характеризуется нестабильностью.

Депрессивные синдромы встречаются при шизофрениях особенно в конце острого периода (*постремиссионный синдром истощения* по Хейнриху). *Классифицируются* они как постшизофреническая депрессия в МКБ 10 под F20.2.

Страх особенно часто определяет переживания больных шизофрениями: страх перед неизвестным и непривычным в переживаемом психотическом изменении личности, особенно в начальной стадии шизофрении. Позже страх больного определяется чаще бредовыми идеями, прежде всего бредом преследования. С помощью страха больной отгораживается от сближения с другими, поскольку он не в состоянии поддерживать межчеловеческие отношения. Страх стоит позади возбуждения и агрессивности больных шизофрениями. В острых случаях страх практически всегда налицо.

В то время как описанные до сих пор аффективные нарушения оцениваются как дополнительные шизофренические симптомы, к основным аффективным симптомам относится *неадек-*

ватная аффективность (паратимия). Состояние эмоций и реальная ситуация не соответствуют друг другу. Выражение аффекта в мимике, жестах и речевых оборотах контрастирует с тем, что больной переживает, или с тем, что он говорит. Больной может говорить о серьезных или даже печальных вещах и при этом смеяться. Это же относится и к шизофреническим, бредовым переживаниям, которые часто не соответствуют эмоциональности (иначе, чем при меланхолическом бреде). Эти аффективные расстройства являются признаками шизофренической дезинтеграции: нарушены единство переживаний, согласованность переживаний, согласованность внутреннего состояния и его выражения.

У других больных, особенно в поздних стадиях болезни, преобладают застывание аффекта и бедность модуляций. В экстремальных ситуациях больные равнодушны и апатичны. Это состояние определяется как эмоциональное опустошение и атимия, однако аффекты не угашены. При хорошем контакте с больным обнаруживается, что за внешней маской безразличия скрывается живой и даже чувствительный аффект, проявления которого блокированы. Психодинамически определяется, что больной шизофренией скрывает свою излишнюю чувствительность под маской равнодушия, чтобы защититься от эмоциональных нагрузок, особенно в межчеловеческих отношениях.

Амбивалентность. Переживания противоречивых эмоциональных реакций или противоположных стремлений называются амбивалентностью (амбитендентностью). У больных шизофрениями амбивалентность оценивается иначе, чем у здоровых и при неврозах, необъединимые качества переживаний так соотносятся друг с другом, что это невозможно представить при нормальных переживаниях, и эти непримиримые противоречия осознанно не оцениваются. Они встречаются одновременно и равноценны в проявлениях; больной одновременно плачет и смеется. Оба чувства читаются на его лице. Он переживает сразу страх и радость. Больная шизофренией может называть себя в одной фразе и проституткой и святой. Поведение изменяется трудно описуемым образом, больной шизофренией одновременно и любит человека, и презирает его. В бреде тоже могут господствовать несоединимые идеи. И здесь определяется дезинтеграция шизофренических переживаний.

Аутизм. Как и амбивалентность, аутизм является основным шизофреническим симптомом. Аутизм означает погруженность в

себя и потерю реальности отношений. Больной шизофренией в своих переживаниях инкапсулируется от внешнего мира своеобразным и трудно описуемым образом и обращается к своей собственной персоне. Аутизм, с одной стороны, проявляется в пассивности: больной почти не принимает участия в делах окружающих (например, мутизм и ступор). С другой стороны, аутичен тот больной, который погружен в свои бредовые переживания и не может вести себя так, чтобы это соответствовало окружающей его реальности.

Он не обращает внимания на текущие нужды или придает этому мало значения; в кругу больных он не разговаривает или говорит долго, но не о том, что относится к теме. Он ставит невыполнимые задачи, поскольку представляет себе реальность иным, аутистическим способом. Он говорит с врачом, как если бы он был один, спрашивает что-то, не ожидая ответа и не обращая внимания на ответ. Он выражает желания, удовлетворение которых не будет иметь никакого результата. Он действует отстраненно и изолированно. Психодинамически аутизм рассматривается как защита и отделение человека с нарушениями Я; обратное развитие может привести к резидуальному состоянию.

Следует заметить, что термин «аутизм» применяется в разных значениях: здесь – как симптом шизофрении, а с другой стороны, как понятие болезни (ранний детский аутизм). В более широком смысле слова аутизм означает неболезненное отчуждение от мира и погружение в себя, но без потери связи с реальностью, как при шизофрении. В связи с нарушением Я аутизм приобретает специфичность при шизофренических переживаниях и поведении.

Расстройства Я, расстройства личности. Многие симптомы шизофрении можно вывести из расстройства Я и объяснить как дезинтеграцию Я. Полиморфность симптоматики шизофрений объясняется тем, что болезнь поражает Я с разной силой и в различные периоды заболевания (от острой до хронической стадии), и тем, что Я реагирует неодинаково на разные меры защиты.

Переживание отчуждения, которое чаще бывает при неврозах и подростковых кризах, встречается и у больных шизофрениями, но в другой форме выражения. Потеря «присущего мне» при шизофрениях часто связана с переживанием «сделанного» извне. Переживаемое отчуждение они объясняют влиянием на расстоянии, гипнозом, облучением и т. п. Следовательно, шизофреническая дереализация имеет бредовый характер, но переживания нарушения Я больного шизофренией идут много дальше.

Различают (по Шарфеттеру) пять «основных направлений сознания Я», которые могут быть нарушены при шизофрении: нарушение *витальности Я*, осознания собственной полноты жизни, например при кататоническом ступоре или возбуждении, при ипохондрическом и нигилистическом бреде; нарушение *активности Я*, осознания собственного настроения, переживаний

мышления и действия, например при бредовых переживаниях воздействия и преследования; нарушение *согласованности Я*, осознание наличия у себя комплекса переживаний, прежде всего переживаний своей внутренней разобщенности, разложения своей самостоятельности и деградации; нарушение *отграничения Я*, отграничения собственных качеств, например в переживаниях дереализации, изоляции и аутизма, границы Я и окружающего размыты и проницаемы; больной чувствует, что его Я растворяется во «все» или что все, что случается «вовне», чрезмерно могущественно и непобедимо; нарушение *идентификации Я*, осознание самого себя проявляется в многочисленных кататонических симптомах и бредовых переживаниях; больной уверен, что он является выдающейся исторической личностью и одновременно самим собой, что приводит к расщеплению личности.

Если в этом смысле не только описывать и называть шизофренические симптомы, но и пытаться дать им конечную функциональную интерпретацию, можно распознать в этом, казалось бы, бессмысленном и непонятном поведении свой «патологический смысл». Чем больше это удается, тем лучше устанавливается контакт терапевта с больным, полный понимания и способствующий лечению.

Бред. После описания в предыдущих главах феноменологии и генеза бреда здесь мы можем ограничиться особенностями шизофренического бреда, при котором наглядно видно, как на тематике бреда сказывается мир переживаний больного. Он говорит о масонах и евреях, фашистах или коммунистах, радарах и облучении, микрофонах и телевизионных камерах. Бред может пониматься как показатель противопоставления личности разрушающим шизофреническим переживаниям. «Психоз — это произведение искусства отчаяния» (Клези).

Больной параноидной шизофренией не имеет представления о болезненном характере своих переживаний. Он принадлежит сущности своего бреда, и поэтому не может руководствоваться здоровыми суждениями, он не в состоянии перестроиться, т. е. принять иную точку зрения и соответственно выправить себя, он неспособен к корректуре. Даже при отрешении от бреда у больного шизофренией вообще отсутствует *сознание болезни*. Он «понимает» свою психическую измененность не как болезнь, т. е. он не в состоянии ее понять; осознание происходит так, что болезнь кажется правильной реальностью. Это свойственно большей части больных на всех стадиях без исключения. В нача-

ле шизофрении и в ремиссиях может, хотя бы частично и поверхностно, наступить осознание болезни и ее понимание. Такие пациенты особенно опасны в смысле суицида.

Бред иногда определяется как расстройство содержания мышления и этим противопоставляется *формальным расстройствам мышления*. Эти термины недостаточно полноценны, поскольку бред не опирается на нарушенные мыслительные функции, а относится как к переживаниям, так и к самой жизни больного; и при описываемых расстройствах мышления вряд ли удастся отделить друг от друга формальный и содержательный аспекты.

Конрад в *гештальтанализе* шизофренического бреда описывает пять стадий. В предстадии тремы бредовое напряжение сопровождается беспокойством, страхом, чувством вины, заторможенностью, реже — приподнятым настроением. В стадии апофении развивается патологическое осознание особого значения событий, правильная их оценка становится невозможной. В стадии анастрофы больной становится пленником самого себя и считает себя центром мироздания. Самая тяжелая фаза — апокалиптика — с ослаблением связей в восприятиях, распадом мышления, с наплывом подсознательных переживаний и галлюцинаций; бред становится разорванным и абсурдным (бредовый хаос); аффекты и поведение дезинтегрируются. После этих острых стадий наступает консолидация.

Галлюцинации. Уже объяснялось, как тесно связаны между собой бредовые и галлюцинаторные переживания. Ни при каком другом заболевании галлюцинации не имеют такого значения, как при шизофрениях. Чаще всего это слуховые галлюцинации: больные слышат шумы разного рода, звон, свист, грохот, стуки, шаги и т. п.; обычно это *голоса*, которые шепчут, зовут, бранят и угрожают. Как источник голосов больные шизофренией называют определенных лиц из своего прошлого или настоящего окружения. Часто это преследователи в рамках бреда. То, что голоса должны слышаться издали, больному объяснять не надо. Часто они сопровождаются страхом. Реже голоса бывают дружественными.

Услышанное состоит из отдельных слов или коротких фраз. Длинные речи редки. Иногда больной разговаривает с голосами или слушает голоса, которые разговаривают между собой. Многие голоса комментируют действия больного: «Сейчас он встанет — он должен идти обедать». Другие больные описывают свои голоса как слышащиеся им собственные мысли; это звучание мыслей можно объяснить нарушенным межчеловеческим общением как видом разговора без партнера.

Значительно реже слуховых встречаются *зрительные галлюцинации*. При шизофрениях они качественно иные, чем при органических психозах. Галлюцинаторное видение объектов (например, маленьких и оживленно двигающихся животных) характерно для делирия, при шизофрении это вряд ли бывает. Во время делирия зрительные галлюцинации почти не связаны с

другими психическими нарушениями и действуют как случайный патологический продукт нарушенного восприятия, при шизофрениях они вплетаются в параноидно-галлюцинаторные переживания: при бреде преследования на высоте параноидного страха больной видит «две черные руки, возникающие из стены» или «голову из кровати». Многие зрительные галлюцинации при шизофрениях имеют характер видений; они находятся в переходной области к псевдогаллюцинациям и эйдетическим феноменам.

Как в слуховых галлюцинациях не так существенно услышать, как понять смысл сказанного, так и в зрительных галлюцинациях важнее содержание, чем форма. Больной шизофренией чувствует взгляд и голоса, направленные против него (Цутт). Таким образом, галлюцинации — это не столько смысловые доказательства, сколько материал для суждений, и поэтому они приводят к тому, что параноидно-галлюцинаторные переживания основываются на нарушениях межчеловеческих отношений.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации в большинстве случаев включаются в страх возможного отравления при бреде преследования. В питье и еде больной обнаруживает своеобразный привкус, он ощущает своеобразные запахи, считая их отравляющими веществами.

Обманы осязаний (*гаптические* или *тактильные галлюцинации*) и телесных чувств (*галлюцинаторные непривычные телесные ощущения*) при шизофрениях часты и многообразны. Больные ощущают на себе воздействие электричества, магнетизма, облучения или другие физические процессы. Они ощущают жжение, уколы, удары, а во внутренних органах — жжение, рези, укусы. Сердечная деятельность нарушена, стул задерживается, моча не отходит; еще больше воздействий направлено на половые органы. Мужчины чувствуют рвущие боли, жжение, отнятие семени, вообще лишение сил. Женщины чувствуют, что их используют, насилуют, бесчестят. Телесные галлюцинации описываются совершенно абсурдным образом. От невротических ипохондрических ощущений, которые тоже описываются гротескным образом, они отличаются некорригируемым восприятием сделанности.

От телесных галлюцинаций отличаются *сенестопатии* (болезненные телесные ощущения, тягостные соматические ощущения), которые также описываются гротескно потому, что они возникают в сходной форме при ипохондрических невротических развитиях, но сенестопатии при шизофрениях не связываются с описанными соматическими жалобами и несколько меньше устрашают больного, чем ипохондрические переживания. Еще обсуждается, следует ли выделять больных с такими расстройствами в отдельную подгруппу (сенестопатические шизофрении по Хуберу).

Галлюцинации в различных областях чувств возникают при остром шизофреническом эпизоде часто комплексно. Больной слышит шаги и угрожающие голоса преследователей, он видит направленные на него взгляды, он чувствует запах и вкус яда. Он испытывает телесные воздействия, и все это

объединено во влияние большой банды преследователей. Галлюцинаторно-параноидный синдром не всегда исчерпывается одной темой; часто, особенно на поздних стадиях течения, он теряет единство и становится нестабильным; бредовые представления и галлюцинации возникают непостоянно и с изменчивым содержанием.

В целом галлюцинации мучают больного; если они смягчаются или подавляются лечением, больной чувствует облегчение. Но некоторые больные шизофренией воспринимают галлюцинации как привычные или даже приятные переживания; здесь действуют основные расстройства аффективности, в особенности нарушения Я. Некоторые больные переходят в хроническую стадию, несмотря на существование параноидно-галлюцинаторных переживаний, которые становятся несколько другими в связи с нарастанием дефекта.

Терапевтически следует учитывать, что параноидно-галлюцинаторная симптоматика относительно легко редуцируется и делается неактуальной. Когда у больных затихают бред и голоса, то у них устанавливается душевное равновесие, медикаментозное лечение может устранить параноидно-галлюцинаторную симптоматику, сопровождаемую страхом и ажитацией. Некоторые больные жалуются на лечение их нейролептиками, устраняющее прежде приятные и даже радостные голоса.

Кататонические симптомы. Под кататоническими симптомами подразумеваются двигательные и волевые расстройства. В *ступоре* больной едва двигается и не говорит (*мутизм*). При этом он в ясном сознании и бодр, даже в какой-то мере поддается влияниям. Он воспринимает происходящие события, но не может в них участвовать. Об этом можно узнать из более позднего рассказа больного. В ступоре особенно мучительны страх, бред и галлюцинации. Забота о ступорозном больном и его лечение требуют особой осторожности и тонкости.

О *каталепсии* говорят тогда, когда части тела больного можно расположить в желательном, но неудобном положении, и они в нем застывают дольше, чем это способен сделать здоровый; о *восковой гибкости* — когда при пассивных движениях конечностей чувствуется очень вялое сопротивление. Каталепсия может появляться и вне ступора. При исследовании больной каталепсией высоко поднимает руки и оставляет их в каком-то положении (в том числе в неудобном и гротескном положении находятся тело и голова), на длительное время и без дополнительных усилий.

С другой стороны, кататоническими симптомами являются *психомоторное беспокойство* и возбуждение. Больные постоянно в движении, бегают туда-сюда, сгибают ноги в коленях и делают разные гимнастические упражнения. Или же становятся агрессивными, разрушают то, что им попадает под руку, хватаются за больных и персонал или же наносят себе повреждения. В *кататонических состояниях возбуждения* сознание больного может периодически слегка затемняться, что при других видах шизофрении не встречается. Частота сердечных сокращений увеличивает-

ся, температура тела повышается (это бывает и при кататоническом ступоре).

Кататонические гиперкинезы (в отличие от быстрых некоординированных и нерегулярных хореических гиперкинезов) имеют обычно ритмический характер. Бывают такие *стереотипные движения*:

стук пальцами, хлопанье ладошами, кивки головой, изгибание тела, отдергивание туловища, стереотипная ходьба взад и вперед, но с одинаковым числом шагов. В более легких случаях наблюдаются потирание рук, чмоканье губами, гримасничанье (парамимия), многократное отстегивание и застегивание кнопок на платье, определенные стереотипно повторяемые движения ножом и вилкой во время еды, мастурбационные стереотипии и т. д. Кататонические стереотипии могут быть связаны с автоматией приказов голосов.

Имеются и стереотипии речи: повторение отдельных бессмысленных слов или фраз (вербигерации), в которых предпочитаются неологизмы. Многие из этих автоматизмов напоминают навязчивые действия, от которых их трудно отличить. Типичные проявления навязчивости при шизофрении редки.

Как *манерничанье* или манерность отмечаются определенные позы, которые многие больные шизофренией принимают постоянно или длительно. Так, они имитируют определенную личность или принимают выражение высокомерия или пресыщенности.

Шперрунг, который упоминался в разделе расстройств мышления, проявляется и как *задержка стимулов*: больной хочет что-то сделать, но останавливается в середине своего движения (например, протянутая для приветствия рука). Крайняя выраженность шперрунга – это кататонический ступор. В других случаях стимул не столько заторможен, сколько парализован; это — *абулия*, тесно связанная с аутизмом.

Другие шизофренические расстройства импульсов – это *негативизм* и автоматическая подчиняемость. Негативный больной ничего не делает, о чем его просят, делает все наоборот. При неврологическом обследовании он не выполняет нужное задание. Когда к нему обращаются, он отворачивается. При *автоматической подчиняемости* больной выглядит безвольным и некритичным в отношении того, что ему поручают. Он автоматически подражает движениям и действиям тех людей, которые его окружают. Эхопраксией называют повторение движений, эхолалией – повторение чужих слов. Кажется, что у таких больных собственные импульсы заменяются переживаниями чужих импульсов и их механическими повторениями. Негативизм и автоматическая подчиняемость могут сменять друг друга.

Психодинамически кататонические симптомы могут интерпретироваться как выражение самой тяжелой психотической угрозы Я при невозможности избежать ее, как паника – в состоянии возбуждения и ступора. Многие стереотипии движений служат самоутверждению (активность Я) при глубоком его нарушении у больного, попытка его осознать и убедить себя, что он еще способен к деятельности (хотя бы и в рудиментарной форме). Больной, который бьется головой о стену, по возникающей боли чувствует, что он еще живой (самоповреждения поэтому не всегда свидетельствуют о суицидальных намерениях). Кроме того, гипервентиляцией больной добивается осознания своего живого состояния, если его витальность Я глубоко нарушена (Шарфеттер).

Шперрунг и ступор, негативизм и автоматическую подчиняемость можно рассматривать как крайнее и причудливое выражение нарушенных межчеловеческих отношений. Все эти сведения, которые относятся к больным шизофрениями, скорее всего надо рассматривать не как попытку этиологически-патогенетического объяснения болезни, а как оценку смыслового содержания шизофренической симптоматики. Они могут привести к лучшему пониманию больного и его лечению.

Кататонические симптомы, и среди них такие впечатляющие, как каталепсия, начиная с 30-х годов стали появляться реже и проявляться мягче, что связывают с проводимой активной терапией шизофрений (не только нейролептическими средствами). Можно предполагать, что эти симптомы являются следствием неблагоприятных жизненных условий. Труднее, чем на острые и драматические кататонические симптомы, повлиять терапевтически на параличи потребностей, которые объясняются как динамическая редукция течения болезни, приводящая к развитию резидуального состояния.

Обзор. Описание многочисленных шизофренических симптомов показывает, что при шизофрении могут затрагиваться все психические функции. Шизофренические симптомы не встречаются все у одного и того же больного и не всегда полно выражены. Частично они объединяются в определенные синдромы; часто изменчивы. Но даже если шизофреническая симптоматика выражена слабо, речь всегда идет о глубоких психических расстройствах – больной переживает «ландшафт смерти души» (Бенедетти).

Отдельные расстройства вряд ли позволительно отделять друг от друга словно категории. Как раз шизофренические психозы и показывают, насколько взаимосвязаны аффективные и когнитивные расстройства (в смысле логики аффекта по Чомпи).

По-разному симптомы конвергируют в направлении нарушений Я. Шизофрения – это заболевание в целом. Больной *не имеет* шизофренических расстройств, а он – шизофреник. «Шизофрения – это нападение на сущность личности» (Вирш).

Наряду с объективированными определениями описания также сосредоточиваются на патическом аспекте, а именно на переживаниях, и особенно на собственных переживаниях больного.

Однако в учебнике переживания больного шизофренией можно описать только внешне. Как больной себя чувствует и познает свой мир, становится доступным студентам только при каждодневном общении с больными. Даже если удается лечебное вмешательство, многое у больного остается закрытым: не только его страхи, но и желания, и потребности.

Шизофренические расстройства нельзя считать совершенно непознаваемыми. Хотя психологическое вчувствование и понимание имеют границы, все же чуткое и заботливое отношение к больному приводит к пониманию его переживаний и поведения.

При развитии шизофрении нарушается психическое единство. Отдельные формы переживаний находятся безотносительно друг к другу или друг против друга. Из-за этой глубокой и обширной дезинтеграции нарушаются отношения Я и мира, особенно межчеловеческие отношения. Однако можно видеть, «что здоровая психическая жизнь прячется и продолжается на заднем плане наряду с рациональной направленностью на приспособление к жизненной действительности иррациональной жизни у больного шизофренией. И у здорового идет скрытно и на заднем плане аутистическая жизнь, ... в которой создается свой собственный мир, свое собственное существование, свои собственные желания и надежды, собственные потребности, страхи и опасения ... У больного шизофренией ... фантастическая, иррациональная жизнь переходит те границы, которые устанавливает себе здоровый» (М. Блейлер). В этом и заключается иная, специфическая жизнь больного шизофренией.

Синдромы

Шизофреническая симптоматика у многих больных очень изменчива, но у многих имеются симптомокомплексы, поддающиеся описанию как в поперечном срезе, так и в длительных отрезках времени. Эти синдромы вначале расценивались как самостоятельные болезни (например, парафрения, кататония, гебефрения), пока исследования Крепелином психопатологии и течения не показали, что эти симптомообразования переходят незаметно от одного к другому или появляются заново. Они и были затем объединены в группу шизофрений (Э. Блейлер).

Тем не менее и до настоящего времени сохраняется деление шизофрении на четыре *подформы,* или *подгруппы* (так названы синдромы). В пользу этого говорят многие аргументы: господ-

ствующая симптоматика может быть определена; семейные исследования определяют значительную частоту сходных подформ у родственников; синдромы коррелируют в определенной степени с тенденциями течения; они могут давать указания к выбору лечения; наконец нет убедительного подразделения шизофрений, так что эти «подформы» вошли и в новые классификации. И все же это подразделение остается неудовлетворительным, особенно в этиологическом аспекте.

Галлюцинаторно-параноидная форма. Шизофрении могут начинаться с параноидно-галлюцинаторного синдрома. Часто они имеют предстадию с нехарактерной симптоматикой. Длительное наблюдение показывает, что у 80 % хронически больных шизофренией хотя бы однажды в течение болезни появляется бредовая симптоматика.

Классификация по МКБ 10: F20.0.

Шизофрении с чисто параноидно-галлюцинаторной симптоматикой начинаются позже других форм. Разгар болезни приходится на четвертое десятилетие, у 35 % еще позже. Если болезнь развивается десятилетия или дольше, говорят о поздних шизофрениях (раньше они причислялись к инволюционным психозам). В таких случаях личность мало меняется, а резидуальные состояния невыраженные; но сама параноидно-галлюцинаторная симптоматика становится хронической. У стареющих и одиноких больных говорят о *параноиде недостаточного контакта* (Янцарик).

Кататоническая форма. Острая кататоническая симптоматика дает в целом благоприятный прогноз. Часто наряду с кататонической симптоматикой наблюдаются бред и галлюцинации. При хронически протекающих шизофрениях и при выраженных резидуальных состояниях кататонические симптомы отсутствуют редко. При поздних шизофрениях кататонические формы едва ли встречаются. По МКБ 10 классифицируется как F20.2.

Эпизодические кататонии. Это особый тип течения: остро возникающая и резко выраженная кататоническая симптоматика, хорошо поддается терапии, краткая длительность эпизодов болезни. Имеются тенденции к рецидивам, но не к резидуальным состояниям. Эта форма близка к шизоаффективным психозам.

Злокачественная кататония. Наряду с кататоническими симптомами при этой форме развивается высокая лихорадка (без явной инфекции), отмечаются расстройства кровообращения, эксикоз, цианоз и иногда геморрагии. Больные или чрезмерно возбуждены (они буйствуют и кричат), или находятся в ступоре с напряженным мышечным тонусом и очевидной аффективной напряженностью (тихое возбуждение). Это состояние угрожает жизни.

Раньше злокачественные кататонии часто были с летальным исходом, отсюда их название: «острая смертельная кататония». При современных возможностях лечения прогноз значительно улучшился. Отграничение от сход-

ных синдромов при энцефалитах и от злокачественного нейролептического синдрома довольно затруднительно.

Гебефреническая форма. Определение «гебефренический», с одной стороны, отражает определенную симптоматику, это прежде всего несерьезное, нелепое расположение духа и поверхностность, как и расторможенность, а с другой стороны, это определенный тип течения — начало заболевания в юношеском возрасте и довольно неблагоприятный прогноз. Таким образом, это понятие неоднозначно. Однако симптоматика и неблагоприятный прогноз совпадают. Поэтому правильнее разделить определения «гебефренический» и «гебефрения». Американская психиатрия говорит о дезорганизованном типе шизофрений. *Классификация* по МКБ 10: F20.1.

Характерным для шизофренических психозов в юношеском возрасте является быстро меняющееся поведение между психотически неприспособленным и нормально приспособленным. С таким юношей можно настойчиво поговорить и вывести из психотического поведения и мышления, но, конечно, на очень короткое время. Эта быстрая смена легко порождает впечатление, что пациента нельзя принимать всерьез, а его поведение называется «нелепым».

Простая шизофрения. При этой форме болезнь развивается почти незаметно и в своем течении остается недраматической. Не возникает каких-либо острых синдромов с параноидно-галлюцинаторной или кататонической симптоматикой. Постепенно, а вначале для окружающих вряд ли заметно, развиваются ведущие симптомы шизофрении.

Когда больные попадают к врачу, позади у них уже много лет болезни. Они постепенно ослабевают в витальности и динамичности, обращают на себя внимание в конце концов падением инициативы и бессилием, все больше запускают свои дела, слабеют их межчеловеческие связи и вообще их отношение к реальности озабочивает, больные становятся аутичными. Чаще всего показательны расстройства мышления, дополнительные симптомы отсутствуют, хотя могут наблюдаться отдельные бредовые явления и легкие кататонические симптомы, например гримасничанье. Болезнь протекает прогредиентно и приводит, хотя и не без исключений, к выраженным резидуальным состояниям.

При простой форме шизофрении симптоматика редуцируется до основных симптомов. Речь идет не об абортивных формах, а о ядерной группе шизофрений. Возможности терапевтического

влияния значительно меньше, чем при шизофрениях с острой манифестацией и с дополнительными симптомами.

Классификация по МКБ 10: F20.6.

Легкие формы простой шизофрении нередко обнаруживаются среди *родственников больных шизофренией,* многие из которых никогда не попадают на лечение. В таких случаях говорят о *латентной шизофрении* или *ее стертых формах.* Многие чудаки и отчужденные личности – это латентные шизофреники. Они выделяются в своей среде упрямством, необычным образом жизни и малой приспособляемостью. О латентной шизофрении приходится думать и тогда, когда без видимых причин падает витальность и динамичность, и личность опускается в своем развитии. Это может случиться в пубертате и юношестве, а также в более позднем возрасте.

Приблизительные синонимы используют в таких понятиях, как псевдоневротические шизофрении, пограничные шизофрении и шизотипические расстройства (последнее в МКБ 10 как F21); они обозначают скорее дифференциально-диагностические проблемы, чем картины болезни.

Дифференцировать следует и с органическими психозами, поскольку в начальных стадиях и при легкой выраженности разграничение психоорганической симптоматики бывает затруднительно. При этом следует принимать во внимание, что шизофрения может возникать на психоорганической почве. В сомнительных случаях при малосимптомных и хронически протекающих психозах показана диагностика мозговых нарушений.

Течение и прогноз

Шизофрения у детей. Самые ранние формы характерных шизофренических психозов обнаруживаются в начальной школе, в возрасте 8–9 лет, но в этом возрасте они бывают редко. Тем не менее не приходится сомневаться, что детская шизофрения существует. Ее частота резко нарастает в препубертатном и пубертатном периодах.

При детских шизофрениях часто на первом плане стоят потеря контактности и распад речи, но встречаются и развернутое бредообразование, и сильные аффективные сдвиги.

То, что типичные шизофренические симптомы у маленьких детей не встречаются, понятно, если учесть, что такие симптомы, как нарушение мышления, речи, восприятий и аффективности, предполагают соответственное развитие этих функций, которого дети достигают только к школьному возрасту. Для понимания детской шизофрении надо исходить из положения, что до этого времени происходило нормальное, без задержек, развитие, или, иначе говоря, построение взаимоотношений с реальностью протекало нормально и лишь потом, сразу или постепенно, ста-

ло утрачиваться. То, что шизофренические психозы в этом возрасте, как правило, возникают подостро или даже остро, расценивается как надлом в развитии. Подобный надлом позволяет легко отграничить детские формы шизофрений от раннего детского аутизма (инфантильный аутизм), возникновение которого при тщательном анамнезе прослеживается почти до момента рождения или хотя бы до 2,5 года.

Пубертатная симптоматика, протекающая под флагом пренебрежения своими обязанностями в школе или на работе либо с явлениями общего плохого самочувствия, оценивается как состояние «нервозности», но может стать первым признаком начинающегося шизофренического процесса. С другой стороны, именно в этом возрасте даже тяжелые нарушения Я, какими являются деперсонализация и дереализация, или выраженная симптоматика навязчивостей, могут исчезнуть за короткое время без следа. «В пубертате все возможно» (Кречмер); под этим подразумевается, что в такой возрастной фазе любой психопатологический симптом может приобрести в последующем любой вид течения. Даже если такая *псевдоневротическая предстадия* шизофрении в этом возрасте является почти правилом (по К. Эрнсту, в 72 % случаев), не следует делать обратного вывода, что при появлении этой симптоматики обязательно будет развиваться шизофрения.

Чаще это бывают так называемые *аутохтонные расстройства побуждений*. После этапа ничем не примечательного развития у таких довольно зрелых юношей наступают истощение, затруднения в принятии решений и нарастающая самоизоляция. Многие начинают пренебрегать своей внешностью или обязанностями в семье. Иные реагируют ипохондрически и опасаются развития у себя какой-то болезни.

Такая сбивающая с толку и тревожащая близость пубертатных расстройств к шизофренической симптоматике объясняется, с одной стороны, свойственной этому возрасту неполноценности стабильного отношения к реальности, а с другой — развитием слабости Я, обусловленной этой фазой, которая находится под воздействием таких социальных факторов, как затянувшаяся семейная зависимость и социальная несамостоятельность. Кроме того, все чаще возникают проблемы свободы во взаимоотношениях отцов и детей. Готовность к бегству от реальности проявляется в свойственной этому возрасту склонности к радикальной идеологии, к бегству в наркомании, или в так называемые юношеские религии, или к разрешению своих антисоциальных тенденций на грани законности.

Некоторые шизофрении начинаются в препубертатном и пубертатном возрасте, казалось бы, с типичной меланхолической фазы, для которой может иметь место и реактивный повод. Поскольку это реактивное расстройство заканчивается спонтанно или под влиянием лечения, это успокаивает. Однако многократное повторение этой депрессивной фазы склоняет к мысли об аффективном психозе. Но вместо третьего или четвертого приступа депрессии неожиданно возникает типично шизофренический приступ. Гипотеза для объяснения этого явления состоит в том, что переживаемые больным непонятные изменения настроения (а также аффективные переживания окружающих) вызывают тяжелое потрясение личности, следствием чего является потеря чувства реальности и тем самым шизофренический психоз.

Начало. Большинство шизофрений начинается между пубертатом и третьим десятилетием жизни, у мужчин чаще между 20 и 25 годами, у женщин — между 25 и 30 годами. Кривая частоты у женщин падает медленнее; поздние шизофрении у женщин наблюдается чаще.

Вначале отмечаются необычные формы поведения и такие проявления, которые не воспринимаются как болезненные, а производят впечатление какой-то измененности или невротичности. Какая-то часть этих изменений преходящая, как показывает более поздний период болезни. Другие легкие психические расстройства сохраняются долго. Эта нехарактерная предстадия может длиться месяцы и годы; многие больные чувствительны и робки, замыкаются в себе, другие необычайно оживлены и негативистичны, так что родители жалуются, что их в прошлом послушные и легко воспитуемые дети становятся своенравными и неуправляемыми. Характерно непонятное поведение (так называемая бессмысленная деятельность), пока наконец не наступит тяжелая симптоматика, частично под влиянием внешних факторов. Острое начало более редко.

Дальнейшее течение. После того как отзвучал первый приступ, дальнейшее течение шизофрений очень разнообразно, но ни в коем случае не всегда неблагоприятно. В то же время еще существует распространенная ложная информация о частых рецидивах, хронификации и резидуальных состояниях. Примерно 1/3 впервые заболевших выздоравливает без последствий; человек остается клинически здоровым, т. е. без психопатологических нарушений, хотя и не бесследно для его собственных переживаний. У других больных возникают рецидивы в разные периоды времени и с различной частотой. Эти рецидивы обусловлены различными факторами и их сочетаниями: наряду с собственными закономерностями течения, на повторное возникновение приступов могут влиять соматические и еще чаще психические факторы (так называемые стрессоры), а также возможное сопротивление больного (совладание) и, не в последнюю очередь, недостаточное или прерванное лечение нейролептиками. Эти факторы необходимо учитывать при пролонгированной терапии нейролептиками.

Повторные заболевания, называемые *волнами* или *эпизодами*, длятся в большинстве случаев около трех месяцев. В противоположность депрессивным или маниакальным фазам их начало и окончание менее четко очерчены. При таком *волнообразном течении* активность болезни исчерпывается чаще всего за 6—7 волн. Но и после этих повторных волн болезнь может отзвучать бес-

следно, пациент в интервалах останется практически здоровым (периодическое или лучше эпизодическое течение).

Однако нередко шизофренические волны оставляют последствия в форме изменений личности. Развитие этих *резидуальных состояний* и их воздействие на жизнь больного зависят не только от самой болезни, но и от психосоциальных факторов. Экзацербация симптоматики может происходить под влиянием окружающих условий, она рассматривается не как новая волна, а скорее как декомпенсация. При легких резидуальных состояниях пациент может сохранить адаптированность и трудоспособность *(социальная ремиссия).*

Только у небольшой части больных, примерно у 1/3, течение определенно неблагоприятное: волны оставляют стойкие и нарастающие изменения личности, с каждым рецидивом усиливается распад личности. Это прогредиентное течение ведет в целом к госпитализации.

Поскольку такого рода исследования проводились только на контингенте больниц, шизофрения и оценивалась (как мы теперь знаем, ошибочно) как неблагоприятно текущий процессуальный психоз. Новые исследования течения решительно ревизовали картину шизофрении. Хотя они проводились с помощью разных методик и в разных странах, результаты их во многом совпадают (М. Блейлер, Хубер, Чомпи, Мюллер и др.). После пятилетнего течения болезни наступает в среднем не ухудшение, а скорее даже улучшение состояния. Даже после многолетнего, вплоть до десятка лет текущего неблагоприятного процесса, нередки спонтанные или вызванные лечением улучшения, иногда даже выздоровление. «Течение не единообразно, до конца не предсказуемо, как сама жизнь» (Мюллер).

Обзор различных *форм течения* и их частоты приведен на рис. 20. В целом исследование течения показывает, что после первого приступа болезни выздоравливает около 75 %, из них 20 % остаются здоровыми в течение всей последующей жизни; следующие 15 % дают отчетливо благоприятное течение и около 15 % проявляют легкие остаточные явления болезни. У другой половины больных течение более неблагоприятное, большей частью волнообразное, с легкими или средней тяжести резидуальными состояниями. У 20—30 % течение прогредиентное и приводит к выраженной резидуальности.

Тяжелые резидуальные состояния стали встречаться реже. Только в исключительных случаях сегодня встречаются имевшиеся ранее 15 % случаев, с ранним и острым началом и переходом в выраженные изменения личности. Изменилась и длительность госпитализации. При современной терапии она сократилась на четверть или около того. Около 60 % больных ныне достигают степени *социальной ремиссии,* восстанавливается трудоспособность. Благодаря улучшению терапии эти показатели можно еще увеличить. С другой стороны, показатель *частоты суицидов* (5—10 %) свидетельствует о том, как серьезно надо оценивать опасность этого заболевания.

И в детской психиатрии прогноз препубертатных и пубертатных психозов не столь негативен, как это считалось ранее. Около 50 % всех больных выздоравливает полностью, только шизофренические психозы детского возраста имеют до сих пор плохой прогноз и не поддаются терапевтическому вмешательству.

	Начало	Форма течения	Конечное состояние	% (n=228*)
1.	Хроническое	Волнообразная	«Выздоровление» или легкое	25,4
2.	Острое	Простая	Среднее или тяжелое	24,1
3.	Хроническое	Волнообразная	Среднее или тяжелое	11,9
4.	Хроническое	Простая	«Выздоровление» или легкое	10,1
5.	Острое	Волнообразная	«Выздоровление» или легкое	9,6
6.	Хроническое	Простая	Среднее или тяжелое	8,3
7.	Острое	Волнообразная	Среднее или тяжелое	5,3
8.		Простая	«Выздоровление» или легкое	5,3

*В 61 случае (21,1% из 289) не удалось достоверно уточнить начало, форму течения или конечное состояние.

Рис. 20. Схематическое изображение профилей течения шизофрений (по К. Мюллеру)

В каждом конкретном случае по началу заболевания трудно определить его *прогноз*. Статистически можно определить благоприятные и неблагоприятные признаки. В пользу хорошего прогноза говорят позднее начало болезни, ее острое начало, большой удельный вес дополнительных симптомов, выраженная аффективная симптоматика, несложная структура личности с хорошими возможностями контактов и приспособляемостью, возможное психореактивное развитие шизофренических волн. У женщин прогноз лучше, чем у мужчин.

Показатели плохого прогноза: медленное начало болезни, наличие основных симптомов, шизоидные и другие преморбидные личностные расстройства, расширение желудочков мозга на компьютерной томограмме, а также развивающийся алкоголизм (коморбидные заболевания и сопутствующие диагнозы).

Однако если и имеются один или несколько таких признаков, следует помнить, что течение шизофрений определяется не только закономерностями самой болезни, но и зависит от социальных обстоятельств и меняется под влиянием лечения.

Шизофрении в позднем возрасте. С возрастом шизофренические симптомы большей частью редуцируются, в том числе и при хроническом течении. Сениум имеет митигирующее влияние на шизофренические психозы. (Первые проявления могут возникать в позднем возрасте, но не в сениуме.) Рецидивы с острой симптоматикой встречаются реже. Сама симптоматика становится однообразнее. Как далеко заходят изменения личности (резидуальные состояния) и расстройства поведения, зависит также от жизненных обстоятельств. В позднем возрасте выздоравливает около 20 %, значительное улучшение наблюдается у 45 % больных.

С другой стороны, в позднем возрасте имеются случаи длительной госпитализации, что часто обусловлено социальными факторами. Больные нуждаются в нейролептиках в значительно меньших дозах, чем в среднем возрасте. В отношении физического здоровья показатели у этой группы хуже, чем у здоровых, в основном из-за недостатка заботы о здоровье и ухода в период болезни. Возрастная деменция при шизофрениях наблюдается не чаще, чем у других людей.

Резидуальное состояние. Если шизофрении протекают особенно неблагоприятно, то их развитие однозначно направлено в сторону шизофренического резидуального состояния. В этом конечном состоянии определяется больше основных симптомов, чем дополнительных; бред и кататонические расстройства уходят на задний план. Более определяющими становятся дурашливость поведения, расстройства мышления, ослабление потребностей, обеднение эмоций и прежде всего аутизм — «погружение в соб-

ственный мир мыслей» (Э. Блейлер) и потеря всех контактов с миром. Эти расстройства имеют разную степень выраженности.

Классификация по МКБ 10: F20.5.

Шизофренические резидуальные состояния в меньшей мере являются непосредственным результатом болезни, а в большей — продуктом смирения больного со своей болезнью. Пациент, который представляется редуцированным в своей витальности и ведет себя аутично, отодвинут от реальностей жизни. Он спрятан, так сказать, за защитный вал, который спасает его от невыполнимых для него требований, на которые он отвечает усилением шизофренических расстройств. При этом, как показывает психотерапия хронических шизофреников, осуществляется защита и от более ранних конфликтов. Однако такая психодинамика резидуальных состояний в некоторых случаях малоубедительна.

Оценка значения тех факторов, которые приводят к выработке резидуальных состояний, затруднительна. До сих пор не установлены строгие корреляции между определенными данными клиники и течения и резидуальными состояниями, кроме разве что благоприятного прогностического значения аффективных симптомов. До сих пор неясно, имеется ли связь между шизофреническими резидуальными состояниями и определяемыми компьютерной томографией расширениями мозговых ликворных пространств. Установлено только, что развитию резидуальных состояний способствуют внешние факторы, прежде всего инактивация и изоляция больных *(депривация)*. Положение больных шизофрениями в больницах старого образца способствует развитию таких состояний. То, что рассматривается как обусловленный болезнью и вызванный судьбой дефект, в значительной степени является следствием госпитализации (так называемый *больничный артефакт*).

Диагноз и разграничение

Очень важно вовремя распознать шизофрению, лечить и позаботиться о дальнейшей жизни больного. Поспешное диагностическое навешивание ярлыка часто приводит к терапевтическим погрешностям и ухудшению возможностей реабилитации (так называемый ярлыковый эффект). Диагноз шизофрении врачами ставится слишком часто.

Диагностические трудности возникают там, где процесс болезни развивается постепенно, с длительными продромальными явлениями. Окончательное прояснение наступает лишь при дальнейшем течении. Увереннее шизофрения распознается по основным симптомам: расстройствам мышления, аутизму и амбивалентности; эти симптомы в столь выраженной форме при

других заболеваниях не встречаются. Бред, галлюцинации, кататонические проявления сами по себе не могут служить основанием для диагноза шизофрении.

И все же имеются особые критерии параноидно-галлюцинаторных переживаний, которые в сочетании с некоторыми другими признаками указывают на шизофрению: «звучание мыслей; голоса в форме речи и диалога; голоса, которые сопровождают замечания и каждое действие; переживания телесного воздействия; отнятие мыслей и другие способы влияния на мысли; распространение мыслей; бредовые восприятия и все сделанное другими, влияющее на чувства, стремления (потребности) и волю». Эти «симптомы первого ранга» (Шнейдер) являются в основном дополнительными симптомами; они встречаются только у некоторых больных, и то непостоянно. Они могут встречаться и при органических психозах. Этим ограничивается их диагностическая ценность.

Диагностически важнее отдельных симптомов общее впечатление чуждости, отрешенности и недоступности, которое возникает из нарушений Я, дезинтеграции переживаний и поведения больного шизофренией. Наблюдатель не находит контакта с собеседником, который возникает при общении со здоровыми и с другими психически больными. Своеобразным, трудно поддающимся описанию образом больной отделен от наблюдателя, как стеклянной стеной. Больной хотя и говорит, отвечает на вопросы, выполняет приказания, но ведет себя при этом так, как если бы находился один в комнате, т. е. аутично.

Это впечатление со стороны наблюдателя (названное Рюмке чувством шизофрении) в диагностическом отношении спорно. Оно склоняет к диагнозу шизофрении, но диагноз может быть поставлен только после тщательного сбора анамнеза, детального обследования, при возможности наблюдения за течением болезни.

Диагноз шизофрении без личного обследования больного вряд ли возможен. Даже на основе самого лучшего описания симптоматики можно лишь предположительно поставить диагноз шизофрении. Иначе, чем в других областях медицины, где лабораторные, рентгенологические данные или иные технические показатели с достаточной определенностью указывают на диагноз, в психиатрии нужно самому обследовать больного, чтобы создать суждение о диагнозе. К шизофрении это относится особым образом.

К диагностике шизофрении привлекаются и *данные психологического тестирования*. Однако тесты достижений на определение интеллекта при шизофрении малопоказательны.

Из проективных тестов при шизофрении применяется прежде всего *тест Роршаха*. Наиболее частые симптомы при этом: ступорозный отказ от задания, колебания между хорошими и плохими определениями форм, слабая внушаемость, эгоцентричность, контаминации. Но эти признаки для шизофрении не облигатны и не специфичны. Интересным образом они часто встречаются и у психически здоровых родственников.

Несмотря на ограниченное значение, применение теста Роршаха имеет смысл, так как он годится не столько для диагностики, сколько для определения психодинамических связей. Так, тест Роршаха позволяет вскрывать латентный страх у больного шизофренией, у которого напряженность и аутизм перекрывают аффективность. У других больных тест Роршаха выявляет неизвестные прежде бредовые установки. Отнесение к себе и комплексирование ответов могут раскрыть те стороны переживаний больных, которые

другими путями трудно обнаружить, например, впервые в тесте Роршаха вскрывается сексуальная или гомосексуальная тематика.

Часто спрашивают, должен ли врач сообщать диагноз шизофрении больному или его родственникам. При этом надо помнить, что во многих случаях больной уже давно думает об этом диагнозе и имеет в голове уже устаревшую информацию, поэтому объективное разъяснение приносит даже облегчение. Следует в деликатной форме поговорить о симптоматике, и особенно о прогнозе болезни. Трудно решать этот вопрос в социальном кругу больного, где всегда можно столкнуться с непониманием и непризнанием.

Разграничение шизофрений предпринимается в трех направлениях — от аффективных психозов, органических психозов и неврозов.

Различение шизофренических и *аффективных психозов* на основе симптоматики и течения возможно в большинстве случаев. Однако имеются переходные формы этого круга заболеваний, которые диагностически трактуются различно: одни из них диагностируют больше как шизофрению, другие — больше как аффективные психозы. В большинстве случаев при этих психозах с перемежающимися областями симптомов говорят о шизоаффективных психозах. По возможности точное диагностическое определение необходимо в лечебных целях. При этом следует обращать внимание на то, что в течении шизофрении могут возникать меланхолические фазы как вторая болезнь.

Органические психозы в основном протекают по типу экзогенных реакций, но нередко и с шизофренической симптоматикой. Это относится в основном к фармакогенным и токсическим психозам, злоупотреблению психостимуляторами, наркотическими веществами и к алкоголизму. Кроме того, и при хорее Гентингтона, болезни Пика и прогрессивном параличе в начальной стадии могут возникать психозы, а при энцефалитах — в поздней стадии, которые напоминают шизофрению. В таких случаях говорят об органических психозах с шизофреноподобной симптоматикой. Поэтому даже при типичной шизофренической симптоматике вначале необходимо исключить мозговые заболевания и вообще все соматические заболевания, прежде чем ставить диагноз шизофрении.

От *неврозов* шизофрению отличить легче. Сомнения могут возникать впервые, когда, с одной стороны, при неврозах неожиданно появляются состояния возбуждения или терапевтической резистентности, а с другой — при начинающейся шизофрении нехарактерные инициальные симптомы приводят к мысли о неврозах. И здесь имеются перемежающиеся области.

Пограничные психозы (пограничные синдромы, краевые психозы, псевдошизофрении, псевдоневротические шизофрении) стоят между неврозами и шизофрениями. Эти относительно редкие психозы возникают в основном в подростковом возрасте. Симптоматологически их определяют ипохондрические переживания, состояния отчужденности, яркие идеи отношения и часто депрессивные состояния с суицидальностью. Также могут возникнуть амбивалентность и аутизм, но расстройства мышления и расстройства Я выражены меньше, чем при шизофрениях. Выраженный бред и дополнительные шизофренические симптомы редки или встречаются как кратковременные психотические эпизоды. Наряду с этим встречаются различные невротические нарушения, а их психопатологическое описание столь разнородно, что для такой пограничной симптоматики неудивительно. Пациенты считают себя больными.

Течение длительное, с малыми сдвигами в симптоматике. Лечение затруднительно, часто бывает резистентность к лечению. Психодинамически здесь приложима интерпретация расщепленной и пограничной личности.

Классификация по МКБ 10: так же как шизотипическое расстройство – F21.

Этиология и патогенез

Мы не знаем *причины* шизофрений, а учитывая уровень современной науки, маловероятно, что это могла бы быть единственная причина. При помощи психиатрических исследований установлен ряд условий возникновения болезни. Эти данные по этиологии и патогенезу будут рассмотрены в следующих разделах и затем синтезированы в форме предварительной теории.

Генетические факторы. *Семейные исследования* показали, что у больных шизофрениями значительно больше родственников, также больных шизофрениями, чем в среднем среди населения. Тогда как общая болезненность составляет около 1 %, у родителей больного она достигает 2—10, у братьев и сестер – 6—12, у детей 9—13, а у внуков – 3 %. Если больны шизофренией оба родителя, процент заболевания у детей достигает около 40 %. Другие психозы, в том числе меланхолические мании, в семейном окружении больных шизофренией встречаются заметно реже.

Более четкие данные показывают *исследования близнецов.* По последним данным, конкордантность у однояйцовых близнецов

составляет 31—78 %, у двуяйцовых – 6—28 % (как и у братьев и сестер вообще). Различия впечатляют. У однояйцовых близнецов конкордантность в 3—5 раз выше, чем у двуяйцовых (при неврозах в 1,5—2 раза выше). Эти данные оцениваются как наследственный фактор, но они же указывают на то, что имеются и другие условия возникновения, так как при исключительно наследственной обусловленности конкордантность однояйцовых близнецов была бы стопроцентной.

Если однояйцовые близнецы живут раздельно, то конкордантность по шизофрении ниже, чем у тех, что живут совместно, хотя наблюдений за близнецами, которые с малых лет жили бы в разлуке, недостаточно. Эти различия во влиянии внешней среды объясняются противостоянием внутренней среды (генная среда) и внешней (окружающая обстановка). Если из однояйцовых близнецов один заболевает шизофренией, а другой остается здоровым, то дети у здорового заболевают шизофренией не реже, чем у больного.

Чтобы дифференцировать генетическое и социальное наследование, исследуются *усыновленные дети*, у которых биологическая и социальная сферы не идентичны. Дети матерей, больных шизофренией, усыновленные в новой семье, заболевают шизофренией чаще, чем усыновленные от здоровой матери. Исследования усыновленных больных детей показывают, что показатель шизофрении среди их биологических родителей значительно выше, чем у усыновивших ребенка родителей; дети заболевают чаще лишь тогда, когда болеют и их биологические родители.

О *характере наследования* нет единого мнения. С одной стороны, рассматривается доминантный тип наследования с малой пенетрантностью, а с другой– моногибридно-рецессивный тип. Мультифакторное полигенетическое наследование могло бы объяснить лучше всего большую вариабельность шизофренических картин и типов течения (выраженность шизофренической симптоматики опять-таки зависит от жизненных условий). Современная психиатрическая генетика с помощью молекулярно-биологических методов ищет фенотипические маркеры, например нейрональный обмен веществ при шизофрении. Индивидуальный прогноз пока невозможен.

Обобщив вышеизложенное, можно констатировать, что изучение семей, близнецов и усыновленных детей говорит в пользу генетической обусловленности шизофрений (не просто о наследственности) и, кроме того, о других патогенетических факторах. Что наследуется, во всяком случае неизвестно; предполагается наличие биохимического дефекта или предиспонирующей структуры, вплоть до тенденции патологического развития личности и парциального недостатка активности.

Конституция. На биологические отношения указывают данные Кречмера о *телесной конституции*: у больных шизофренией преобладает лептосомно-астенический, лишь иногда пикнический тип телосложения, а при аффективных психозах соотношения обратные. Однако эти данные, как и их интерпретация (биологическое сродство между психозом и телесной конститу-

цией), подвергаются сомнению. К тому же Кречмер описал взаимоотношения между личностью и психозом, а именно шизоидную структуру (или менее отчетливо – шизоидный темперамент) и шизофрению. Однако и здесь речь не идет о тесных корреляциях. Многие шизоиды не становятся психотиками, а многие больные шизофренией имеют в преморбидном периоде иные особенности в личностной структуре или ничем не примечательную структуру.

Психофизиологические исследования у больных шизофренией (частота сердечных сокращений, ЭЭГ, кожная сопротивляемость) только начаты.

Морфологические данные. Долгое время интенсивно искали органический мозговой субстрат шизофрений. Результаты разочаровывают. Если и находили изменения, то они оказывались вторичными (например, мозговые нарушения циркуляции вследствие тяжелого кататонического возбуждения), неспецифичными, не связанными с психозом находками или артефактами методики.

Клинические исследования с помощью компьютерной томографии показывают различия между здоровыми и частью больных шизофренией в расширении желудочков, особенно третьего желудочка (возможно, также фронтального и темпорального субарахноидальных пространств). Находки, свидетельствующие преимущественно о диэнцефальных морфологических мозговых поражениях, и соответствующие аутопсические находки, указывающие на неполноценность мозговой субстанции у части больных шизофренией, особенно в лимбической и паралимбической областях, находятся в прямой связи с неблагоприятным исходом течения шизофрении.

Этиологически трудно интерпретировать, но, возможно, речь идет о нарушениях созревания мозга (вследствие раннего мозгового поражения). Об этом говорят некоторые наблюдения. У больных шизофренией находят определенно частые анамнестические неврологические и психопатологические указания на мозговые повреждения. В анамнезе у больных шизофренией встречаются чаще, чем у их здоровых братьев и сестер, указания на осложнения в период беременности, во время и после родов.

Эти находки обнаруживаются не у всех больных шизофренией и не могут даже в случае их наличия считаться *причиной* психоза. Здесь речь идет, очевидно, об *одном* из факторов условий болезни. Мозговые перинатальные нарушения могут быть причиной общей задержки психического развития в смысле повышенной ранимости. Связанная с этим частичная слабость способности к деятельности может затруднить построение нормальных отношений с реальностью и таким образом привнести свою долю участия в факторах предрасположения к возникновению шизофренических психозов. «Построение отношений как деятельности, которую выполняют дети от дошкольного до начального школьного периода, зависит от многих факторов, к которым принадлежат нейрофизиологическая способность к деятельности, возбудимость и способность к дифференцировке возбуждения, способность к переработке и к накоплению сведений у детского мозга ...» (Лемпп). С частичной слабостью суждений перекликаются когнитивные базисные нарушения, которые изучает Сюлльволд.

Нейробиохимические данные. При поисках соматических причин шизофрений обнаруживаются многочисленные находки и выдвигаются гипотезы, которые по большей части не удерживаются (ревматический, аллергический или вирусный генез; нарушения потребления кислорода, разные эндокринные гипотезы). Для гипотезы *моделирования психозов* дали повод наблюдения фармакогенных психозов (ЛСД 25, мескалин, кокаин), но они не добавляют ничего ни психопатологически, ни нейробиологически.

Лишь в результате психофармакологических исследований выявлены существенные данные. При этом примечательно, что психофармакологические средства были открыты не на уровне базисных исследований, а при клинических наблюдениях и в значительной степени случайно. Так возникли распространенные нейробиохимические исследования механизмов действия психофармакологических препаратов и исходя из этого — патогенеза психозов. Первые биохимические гипотезы возникновения шизофрении (серотониновая, трансметилирования и др.) были позже оставлены. Значительно важнее следующие гипотезы.

Допаминовая гипотеза: нейролептики (наряду с другими биохимическими эффектами) вызывают блокаду допаминовых рецепторов, из-за чего трансмиттерная функция допамина редуцируется. Отдельные нейролептики по-разному действуют на D_1- и D_2-рецепторы. Возможно, что воздействие на определенные части допаминовых рецепторов прогнозирует нейролептический эффект. Ныне антипсихотическое действие объясняется антагонизмом нейролептиков с допамином.

Исходя из этого, шизофреническую симптоматику связывают с относительным преобладанием допамина по отношению к другим нейротрансмиттерам, в том числе с гиперактивностью или сверхчувствительностью допаминовых нейронов. При амфетаминовых психозах (с шизофреноподобной симптоматикой) происходит высвобождение допамина из пресинаптических мембран; нейролептики также оказывают на них воздействие.

В частности, антипсихотический эффект нейролептиков объясняется блокадой допаминовых рецепторов в лимбической (а также в кортикальной) области, тогда как побочные экстрапирамидно-моторные эффекты зависят от соответствующего влияния на нигростриарную систему, от нейроэндокринного побочного действия в туберо-инфундибулярной системе.

Наряду с допаминовой гипотезой предметом дискуссии была также редукция глютаматергической трансмиссии и участие серотонинергических, холинергических и других нейрохимических систем. В целом знания о нейрохимических процессах изобилуют пробелами. До сих пор нет достаточно аргументированной теории. Мы едва ли знаем о том, какие из названных

состояний приводят к патогенетическим изменениям, а какие являются лишь эпифеноменами.

Четко установлено, что с *психонейроиммунологической* точки зрения у больных шизофренией имеет место активация иммунной системы, поэтому гипотезы вирусного генеза или аутоиммунной патологии все еще обсуждаются.

Соматическое участие. Мнение, что соматические факторы участвуют в генезе шизофрении, опирается на клинические наблюдения. Хотя в большинстве случаев нет никакой связи между соматическим заболеванием и развитием шизофрении, но в немногих случаях начало или(и) течение психоза имеет такую тесную связь с соматическим заболеванием, что трудно обнаружить в этом лишь случайное совпадение.

Так называемые симптоматические шизофрении. Если шизофреническая симптоматика возникает в тесной временной связи с соматическим заболеванием и к тому же исчезает после лечения и устранения основного заболевания, то это не шизофрения, а органический (симптоматический) психоз с шизофреноподобной картиной. Такие симптоматические шизофрении наблюдаются при разных соматических заболеваниях, например при энцефалитах, прогрессивном параличе, травмах мозга, болезнях обмена веществ. Чаще они встречаются при интоксикациях психоаналептиками и психодизлептиками. Эти психозы сегодня объясняются как органически-параноидный синдром и классификационно причисляются к органическим психозам второй ступени.

В этих психозах шизофреническая симптоматика возникает только преходящим образом (так называемый переходный синдром) и в связи с преходящими симптомами органического психоза. Иногда же органические психозы протекают исключительно с картиной шизофрении. Эти наблюдения говорят в пользу того, что соматические факторы могут участвовать в генезе шизофрении.

Чаще, чем органические психозы с шизофренической симптоматикой, бывают шизофрении, которые хотя и возникают во временной и, возможно, даже причинной связи с соматическим заболеванием, но с ним не должны связываться, поскольку психозы протекают дальше как шизофрении. При таком *соматическом участии* считается, что при готовности к болезни соматическое заболевание приводит к его манифестации. Это участие неспецифично, поскольку наблюдается при очень многих соматических заболеваниях. О частоте соматической провокации шизофрений судить трудно, поскольку нет никакого критерия, которым определялось бы патогенетическое значение предшествовавшего соматического заболевания. В целом же соматическое участие встречается реже, чем психореактивное.

Психореактивное участие. По старым психиатрическим представлениям, шизофрении определяются как независимые от со-

матических или душевных влияний, т. е. возникают «эндогенно». Однако результаты эпидемиологических и анамнестических, психодинамических и катамнестических исследований показывают, что в появлении и течении шизофренических психозов участвуют и психосоциальные факторы. Стрессовые жизненные ситуации (*жизненные происшествия*) перед началом заболевания встречаются часто не случайно, как показывает сравнение со здоровыми. Конечно, о жизни замкнутого и аутичного больного не всегда удается получить достаточно информации, чтобы достоверно судить о частоте и патогенетической значимости таких нагрузок. К тому же цифровые данные различные. Примерно около половины шизофренических заболеваний (приступов) причисляется к психореактивному провоцированию. Это одно условие среди прочих, но не причина.

При этом внешние нагрузки (соматическое перенапряжение, ситуация нужды и т. д.), видимо, имеют меньшее значение, чем конфликты в межчеловеческих отношениях: с одной стороны, недостаток внимания и потеря человеческих связей, а с другой — слишком большая близость и интимность приводят к шизофрении. Страх перед опасностью стать слишком близким при одновременной потребности в близости и любви — это характерный конфликт амбивалентности у больного шизофренией. Для больного неразрешима проблема пережить межчеловеческие отношения без страха, без опасности для собственного Я. Уменьшение дистанции чаще является поводом к болезни, чем возрастание этой дистанции.

За это говорит также тот опыт, что при шизофрениях рецидивы особенно часты у тех больных, которые живут с излишне заботливыми родственниками, чем у тех, которые находятся в неприязненных с ними отношениях, или при их равнодушии. Если больной контактирует с родственниками много часов в сутки, риск рецидива повышается, особенно если он не принимает нейролептиков. Из этого не следует, что больной должен жить вне дома; выход скорее заключается в том, что необходимо устранять возможность назревающего конфликта психотерапевтически, и родственников нужно привлекать к лечению, добиваясь, чтобы и они сами восстанавливали атмосферу равновесия в семье. Многие случаи течения показывают, что отдельные шизофренические манифестации вызываются одними и теми же трудными ситуациями, так что имеется индивидуальная специфическая провокация.

Однако часто трудно определить — это одна и та же ситуация, одни и те же переживания наблюдаются перед очередным обострением психоза, или же признаки болезни развивались сами по себе. При тщательном анализе ситуации становится ясно, что между еще не болезненными и уже шизофреническими переживаниями нет четкой границы во времени, и поэтому начало психоза в большинстве случаев однозначно определить не удается.

Препсихотические конфликтные переживания и психотически измененные переживания тесно переплетаются («ситуационное единство повода и реакции»).

Ныне шизофрении нередко выявляются у лиц, принимающих участие в групповых динамических, медитативных и иных занятиях и мероприятиях. Вследствие неконтролируемых влияний такого рода функция Я так нарушается, что наступает психотическая декомпенсация.

Так называемые шизофренические реакции. Несмотря на то что в большинстве случаев определяется психореактивное предрасположение, психоз протекает в основном так же, как и другие шизофрении, и кроме того, встречаются и другие, достаточно часто наблюдаемые формы течения: за тяжелыми, непреодолимыми конфликтами следует острая и ярко выраженная шизофреническая симптоматика, которая вскоре исчезает (через несколько недель, в крайнем случае, месяцев, а иногда и через несколько дней), не обнаруживая никаких тенденций к волнообразному течению с рецидивами или к хроническому течению и резидуальным состояниям. Эти формы болезни – шизофренические реакции – рассматриваются как самостоятельное заболевание.

Однако и при этом заболевании конфликт не может быть единственной причиной, потому что лишь у немногих людей после подобных конфликтов развивается шизофреническая симптоматика. Говорят о генетически обусловленной готовности к заболеванию, поскольку в этих семьях встречается больше случаев шизофрении, чем у населения вообще, хотя и не так много, как в семьях, где заболевание шизофренией протекает тяжело и длительно. Тщательные наблюдения за течением болезни показывают, что в большинстве случаев у пациентов с заболеванием, расцененным как шизофреническая реакция, и с полным выздоровлением позже наступают шизофренические эпизоды и даже резидуальные состояния. Следовательно, можно считать, что при так называемых шизофренических реакциях предположительно речь идет не о самостоятельной болезни, а о шизофрении с благоприятной формой течения.

Психодинамические аспекты. Если не удовлетворяться констатацией возможного психореактивного провоцирования болезни, а исходя из этого спросить с психодинамических позиций, что происходит с больным шизофренией, следует начать с аналитической психологии Я, с которой конвергирует в значительной степени новая теория ранимости. По Федерну, при неврозах Я может восстановиться благодаря защитным механизмам, а при шизофренических психозах Я распадается.

«Где налицо недостаток владения Я, невозможно удержать высокоразвитое и организованное Я в достаточном владении во всех его границах, и поэтому возможна инвазия со стороны обезличенного бессознательного. После возвращения к более раннему состоянию Я границы распространения этого состояния существенно сокращаются, но остаются инактивными как таковые. В подобном случае регрессия Я может служить более раннему состоянию, которое предъявляет меньше требований к владению Я, защите от ложной действительности». Опираясь на это, Федерн определяет основные признаки шизофрении: 1) инвазия «фальшивой» действительности, которая проявляется в выявлении прежде вытесненного содержания бессознатель-

ного или связанных с бессознательным бредовых переживаний; 2) эта инвазия может переместить Я путем *регрессии* на более раннюю ступень развития. Эта регрессия при шизофрении проявляется в более радикальной форме, чем при неврозах. Прежде всего юношеская шизофрения может вызвать регресс до уровня маленького ребенка и даже до уровня грудного ребенка: в глубоком пункте регресса многие дети перестают говорить и их с трудом удается накормить. Такие состояния ни в коем случае не являются прогностически неблагоприятными. Это указывает на то, что речь здесь меньше идет о выражении болезненного процесса, а больше о психодинамических процессах; 3) недостаточное владение границами Я становится основой смешения неистинного и истинного в действительности и таким образом нарушения понятийного, абстрагирующего и интегрирующего мышления.

Эта так называемая *теория дефицита* не может объяснить этиологию шизофрении, но это нужная психодинамическая модель для диагноза и терапии, и она побуждает к следующим наблюдениям, которые приводят к так называемой *теории конфликта*. К этому дается лишь один пример.

Винклер в «динамически-феноменологическом способе анализа» описал две формы защитных механизмов Я, которые служат разрешению непереносимого (не связанного с Я) чувства вины. Одной формой является *анахорез-Я*, уход Я от чувства вины. В противоположность вытеснению содержание переживаний остается в сознании, но теряются качества Я, так что Я становится неответственным за чуждое Я содержание. В результате анахореза-Я физические ощущения сексуального характера могут превращаться в чувство постороннего влияния или свои мысли воспринимаются как чуждые в форме внушения и слуховых галлюцинаций. Анахорез-Я – это последнее средство, когда неприемлемое содержание врывается с особой интенсивностью и пенетрантностью в Я, которое не может защититься. Это тот случай, когда имеют место слабость Я и недостаточное владение Я по Федерну, поэтому активное противостояние или вытеснение невозможно.

Другим процессом защиты является идентификация с мифической фигурой. При этой *мифизации Я*, одновременно являющейся выраженной формой подавления чувства виновности, следует устранение его из личностного существования. Эти наблюдения показывают: не возложение трудностей на себя, а определенные конфликты становятся факторами риска в генезе шизофрении, точнее сказать, неудавшаяся переработка конфликта ослабленного Я при вступлении защитных механизмов иного характера, чем при неврозах.

Остается спросить: почему в действие входят именно такие, а не иные механизмы защиты и почему вообще возникает слабость Я?

Объяснение с позиций психологии развития. Если попытаться ответить на этот вопрос, то нужно сразу же указать, что описанная слабость Я хотя бы у некоторых больных имеется с детства: уже в грудном возрасте обнаруживается слабая мимическая, моторная и социальная активность. Позже, хотя психическое развитие не задерживается (чем отличается анамнез этих детей от раннедетского экзогенного психосиндрома), родители не отме-

чают трудностей в воспитании, даже скорее это хорошие дети, но при кропотливых расспросах у них обнаруживается недостаток спонтанности и способности к реагированию. Их покладистость может стать результатом доминирования родителей, которое приводит к зависимости ребенка (особенно от матери), несамостоятельности, недостатку сопротивляемости, что и составляет слабость Я.

Эти дети не обнаруживают фазы упрямства, мало завязывают контактов, в школе они скорее пассивны и незаметны. Пубертатный период протекает, на удивление, спокойно. В последующие годы, да и в подростковом возрасте слабость Я все больше контрастирует с требованиями жизни, постепенно могут возникать изменения личности, особенно деперсонализация и аутизм. Развитие психоза больше проистекает из внутренних последствий предшествующей жизни, чем это представляется на первый взгляд.

Обобщая, говорят о базисной слабости конституции Я или об эгопатии (Кискер). Но опять-таки возникает вопрос: как это расстройство появляется? В целом можно определить стойко сохраняющиеся структуры темперамента человека уже с первых недель или месяцев жизни, о чем свидетельствуют скрупулезные исследования активности и поведения детей Томаса и Чесса. Своеобразие и неизменяемость индивидуума известны с давних пор, поэтому психические структуры несут отпечаток не только внешних влияний. С другой стороны, отсюда не следует, что структура темперамента просто обусловлена наследственностью. Наблюдения говорят больше о том, что условия наследственного характера и влияние окружающего мира в их воздействии на психическое развитие неразрывны. Повышенная *ранимость*, предрасполагающая к шизофрении, возникает, как правило, в детстве. Здесь проявляются связи между шизофренией и ранним детским аутизмом, который может рассматриваться как врожденная или рано возникающая шизофрения.

Здесь оценивается вклад психологии в развитие учения о шизофрении (Лемпп). Шизофрения рассматривается как состояние, которое распознается как потеря «способности преодоления». Способность преодоления соответствует суверенной возможности вращаться между общей реальностью, которую человек делит со своим окружением, и индивидуальным миром представлений (параллельность). Общее отношение к реальности — это переживания в процессе психического развития в первые годы жизни. «В то время как маленькие дети ставят на один уровень общую реальность и индивидуальный мир представлений, общая реальность позже, к началу учебы, приобретает абсолютную доминантность». Стабильность построения этой общей реальности зависит от когнитивных структур, а также от информации, которую ребенок получает в первые годы жизни от своего окружения. Нарушения в построении этого отношения к реальности могут происходить как за счет когнитивных расстройств, обу-

словленных врожденной или приобретенной слабой способностью к суждениям, так и за счет противоречивости информации, поступающей от окружающего мира. Нестабильность при созревании наряду с другими факторами может привести к непереносимости нагрузок и к развитию шизофрении.

Семейные исследования. Внимания заслуживают индивидуальное развитие больного, а также его семья и ее динамические структуры. Издавна известно, что тяжелое положение и конфликты констатируются не только к моменту возникновения болезни (психореактивный толчок), но и в большинстве случаев преследует больного с детства: рождение вне брака, пренебрежительное отношение к ребенку, психотические или невротические родители, отец-алкоголик, развод родителей, распад семейного очага. Однако важнее признаков *разбитого дома* другие (часто анамнестически с трудом устанавливаемые) трудности в семье: неудачный брак родителей, нежелание иметь ребенка, непоследовательное воспитание, выраженное соперничество среди детей. Конечно, подобные нарушения можно обнаружить в анамнезе и у невротиков, и при расстройствах личности, и у здоровых. Но при шизофрении этот явный или скрытый развал в семье встречается практически постоянно и притом в тяжелой степени, как показывают тщательные семейные исследования.

Психоаналитические установки в исследовании семьи исходят в основном из ненормальных ранних отношений матери и ребенка и приводят к гипотезе «шизофреногенной матери», которую они все же не смогли доказать. Соответственно расценивается и попытка определить роль отца у ребенка с будущей шизофренией как слабость и бессилие. Новые семейные исследования следуют трансактным установкам.

Краткие результаты исследований Лидза, Флека и Корнельсона: психотические родители чаще других попадают в поле зрения при изучении наследственности, поскольку учитываются даже легкие шизофренические заболевания как таковые, а другие заболевания выпадают из наблюдений. Две трети больных имеют хотя бы одного больного родителя, если понятие шизофрении брать широко. Из обследованных семей не было ни одной хотя бы мало-мальски интегрированной: отношения между родителями серьезно нарушены; часто семьи разделены на два лагеря. В других семьях открытое противостояние избегается только благодаря субординации, даже при патологическом или психотическом поведении членов семьи. Отношения между матерью и будущим больным шизофренией ребенком особенно нарушены из-за непонятливости матери и в то же время из-за ее излишней заботливости и опеки. Неуверенность и беспокойство матери приводят к непоследовательной смене строгости и баловства ребенка. При этом чаще бывает не изолированное нарушение поведения матери, а нарушение всей обстановки в семье.

Вайнн и Зингер находили в семьях больных шизофренией стиль разорванной речи и разорванного мышления. Родители разговаривают между собой в неопределенном и многозначительном стиле. Понятия применяются в необычном и изменчивом значении. Разговоры лишены точности и целенаправленности. Поведение родителей также может быть непонятным, и в глазах ребенка оно контрастирует с общепринятыми жизненными принципами. Таким образом, дети растут в атмосфере неопределенности и непоследовательности, в связи с чем становятся объяснимыми последующие расстройства коммуникативности и мышления. Аналогичные результаты дали семейные исследования Аланена.

И в более позднем периоде жизни, а также после начавшегося болезненного процесса изучались эмоциональные отношения между больным и его родителями и определялось их значение для результатов лечения и течения болезни. Определялись периоды совместной жизни, характер эмоциональных отношений (*выраженные эмоции — expressed emotions,* EE) и устанавливались корреляции с рецидивами болезни, особенные и ярко проявляющиеся эмоциональные отношения к манифестации шизофренических расстройств (Браун, Лефф).

Эти кратко описанные данные, которые при последующем контроле подтверждались только частично, не говорят о единой форме нарушений семейных отношений, но обнаруживают тяжелые и необычные отклонения. Еще нет определенного суждения, специфичны ли эти данные для семей больных шизофренией, а также для семей других больных, особенно с анорексией, депрессивными и другими тяжелыми неврозами с пограничной структурой. Возможно, больной шизофренией вследствие своей особой диспозиции (предрасположения) реагирует такими определенными нарушениями на влияния, которые на других не сказываются.

Динамика описанных семейных процессов способствует развитию шизофренического заболевания и, более того, определяет его течение (гипотеза причины). Описанное поведение родителей вызывает рано начинающиеся нарушения у ребенка, который их уважает (гипотеза реакции). В связи с этим причины и следствия бывает трудно разграничить. В *системной теории* говорят не о причинности, а лишь об изменчивых отношениях и закономерностях семейного уклада.

Предлагается гипотеза о совместной ответственности близких родных. Не семья является «патогенной», а неблагоприятно складывающиеся условия существования. Для больных шизофренией *благоприятным* считается семейное и социальное окружение, которое является защищающим (протективным), однако

не балующим (агрессивно-потворствующим), стимулирующим, управляющим без стрессов, эмоционально теплым и одновременно соблюдающим необходимую дистанцию.

Хотя исследования семьи не могут объяснить этиологии шизофрении, их данные все же убедительно указывают на создание условий развития благоразумного отношения больного шизофренией к своей жизни и лечению.

Из других многочисленных исследований и теорий следует упомянуть *теорию двойной слепоты* (Бейтсон и др.), которая кажется очень ясной, хотя и недоказуемой: в семьях больных шизофренией нарушено взаимопонимание и утрачено понимание однозначности тех или иных сообщений, говорят о них в шутку или всерьез, с дружелюбием или враждебностью. В ситуации двойной слепоты к значению этих сведений, этих отношений (подобно игре «двойная мельница») ребенок не может не ошибаться. Возможно, такие ситуации встречаются часто, но только у тех детей, которые подвержены заболеванию по другим причинам, происходит психотическая переработка их отношения к миру и реальности.

Социокультуральные аспекты. Кроме «микросоциального» окружения семьи, следует изучать и «макросоциальное» общество больного шизофренией. Психиатрическая эпидемиология в первую очередь исследует, имеет ли больной связь с разными слоями общества.

Имеются сведения, что больных шизофрениями больше в низших слоях населения и в индустриальных центрах больших городов, здесь же больше больных с тяжелыми формами заболевания. Приводят ли худшие психогигиенические условия к развитию шизофрении (социальная обусловленность) или в этих случаях скорее низкий социальный статус является следствием психоза или препсихотического состояния (социальная селекция), на эти вопросы нет четкого ответа. То, что больной шизофренией вследствие повторных приступов болезни социально опускается (социальная мобильность), до сих пор однозначно не решено.

Если больной шизофренией долго живет один, трудно судить, является ли эта изоляция условием возникновения или следствием болезни. Среди бродяг больных шизофрениями больше, чем у оседлого населения, и чаще среди пришельцев, чем у живущих на родине. Здесь остается открытым вопрос: действуют ли патогенно трудности переселения и приспособления на новом месте или же среди переселенцев насчитывается больше больных шизофрениями?

Теория, согласно которой шизофрения — это болезнь цивилизации, не подтверждается *транскультуральными исследованиями*. Шизофреники встречаются и в примитивных культурах. Встречаются ли больные шизофрениями в разных странах и культурах с разной частотой, до сих пор не ясно, поскольку в менее развитых странах эпидемиологические изыскания труднее проводить, и поэтому скорее всего там меньше больных находится под наблюдением. Симптоматика шизофрений мало зависит от социокультурных влияний, она одинакова в разных культурных кругах и даже в разных вре-

менных периодах. Неизвестно лишь, где лучше прогноз заболевания – в развивающихся странах или в индустриальных.

Данные эпидемиологических исследований шизофрений иногда противоречивы, их оценка спорна, значение для этиологии неясно. Поскольку клинические наблюдения и систематические исследования на протяжении жизни больных показывают, что течение болезни зависит от психосоциальных факторов, данные по специфическим слоям общества должны изучаться также в прогностическом аспекте.

Заключение по этиологии и патогенезу. 1. Единственная и целиком доказуемая причина шизофрений не установлена, а определены лишь отдельные факторы. 2. Ни один из этих факторов сам по себе не объясняет причины шизофрении. 3. Совместное действие ряда факторов познаваемо.

Следовательно, мы не имеем какой-либо полноценной теории возникновения шизофрении и общего причинного фактора, но можем выделить ряд условий возникновения этиопатогенетических компонентов. В таком случае говорят о *мультифакториальном генезе.*

И все же имеются шизофрении, в которых собственные закономерности находятся на виду и болезнь протекает во многом независимо от окружающих воздействий. Это относится, например, к простой форме шизофрении с выраженной семейной отягощенностью. Встречаются, хотя и реже, симптоматические шизофрении как соматически обусловленные психозы и далее – шизофренические заболевания, в происхождении и течении которых однозначно участвуют психореактивные факторы. Соответственно впечатляют и результаты фармакотерапии и психотерапии. Но если непозволительным образом абсолютизировать и игнорировать все остальное, можно определить шизофрении как наследственные заболевания или как органические психозы, как следствие стресса или социальных беспорядков. Клинически следует отметить, что и сегодня имеется почти столько же теорий шизофрений, сколько и отдельных этиопатогенетических наблюдений. Большинство как биологических, так и психологических исследований шизофрений не свободно от спекулятивных элементов.

Совокупность данных не позволяет строить единообразную теорию, но приближает к многомерному подходу. Как действуют эти отдельные условия происхождения совместно? *Составные компоненты возникновения* шизофренических психозов сегодня можно представить следующим образом: имеется готовность к заболеванию, которая определяется хромосомным или энзимным дефектом или предрасположением к патологическому развитию личности. Наряду с генетическими факторами готовности к заболеванию способствуют полученные органические мозговые расстройства и психосоциальные влияния в детском возрасте.

Эти факторы интерферируют каким-то еще не известным образом. Они вызывают ранимость в смысле неустойчивого равно-

весия, которое легко нарушается или усиливается внешними влияниями как соматического, так и душевного порядка. Вследствие этого у пациента возникают защитные механизмы, которые действуют на отгороженность и изоляцию и находят свое выражение в таких симптомах, как аутизм, нарушения Я и самоограничения. Если порог ранимости преодолевается различного рода вредными факторами, то возникает шизофреническое заболевание.

Ранимость (повреждаемость, подверженность влияниям) — это наглядная модель, которая издавна привлекается для объяснения многопричинного генеза шизофрений (и других психических заболеваний): если превышается порог выносливости перегрузками (разного рода), развивается заболевание или его рецидив. При большой готовности к болезни (низкий порог ранимости) она, возможно, лишь маленькая часть в дальнейшем патогенетическом влиянии (и наоборот).

Модель ранимости нужна теоретически, диагностически и терапевтически. Теоретически она позволяет избежать ошибок монокаузального мышления. Диагностически она позволяет тщательно изучать ранние симптомы (пороговые симптомы). Терапевтически позволяет подходить к показаниям и лечению не симптоматически, а исходя из ситуации и особенностей реакции больного, которые являются индикаторами терапии. Любая модель ранимости не может охватить все наблюдения и объяснить все данные о шизофрении, в том числе первичное хроническое течение или мало ожидаемые поздние улучшения.

Модель диатезного стресса — таково современное обозначение этих взаимоотношений. В этом определении диатез и означает готовность к заболеванию. Стресс нужно понимать в самом широком смысле, охватывающем биохимические, патофизиологические и психореактивные влияния.

Если психоз уже возникает или рецидивирует, он зависит не только и не столько от предрасположения, сколько от преморбидных или ситуационных факторов, а также от соматических влияний (например, от обмена веществ). Какого рода этот психоз, вызовут ли стрессы или конфликты шизофрению или другой психоз, нельзя объяснить психологически или психодинамически, поскольку это обусловлено в основном наследственностью. Отдельные шизофренические симптомы — это не бессмысленный продукт болезненного процесса, а результат комбинированных процессов нарушений и дефицита, с одной стороны, и процессов защиты и попыток преодоления — с другой. *Течение* заболевания в конечном итоге во многом зависит от окружающих условий.

«Течение — это как улица, которая имеет перекрестки и кварталы, пересечения и развилки, скаты и подъемы, канавы и промоины, только нет указателей пути, к которым привлекалось бы внимание. Как болезнь, так и

личность, страдающую этой болезнью, будет ли человек спотыкаться или упадет, останется лежать или снова встанет, пройдет ли перекресток в правильном или ложном направлении, решится перейти или остановится на развилке, — все это невозможно объяснить эндогенностью. А что касается возможного процесса выздоровления, течение не указывает нам перехода — от красного к зеленому, так как улица давно уже свободна» (Мауц).

Шизофрения — это не только болезненный процесс и не только психическая реакция или человеческая неудача, это их многомерное сочетание. Мультифакториальная этиология шизофрений хотя сегодня и не оспаривается, но сказывается в основном на вопросах диагностики и терапии, а целиком на практику не переносится. Конечно, мультифакториальная концепция может стать выражением затруднений в диагностике и отказа от терапии. Если условия возникновения шизофренического психоза у больного неясны (может быть из-за малого срока наблюдения), указания на мультифакториальную этиологию становятся очень удобными. Если назначенная психотерапия не удается или фармакотерапия остается безрезультатной, врач может довольствоваться указанием на особенно неблагоприятный прогноз из-за жизненных условий или слишком сильного влияния наследственной отягощенности.

Длительное течение и особенно *хронифизация* во многом зависят от психосоциальных влияний, поэтому для хронической шизофрении была создана своя модель этиологии (Чомпи). Ряд наблюдений делает невероятной обусловленность течения болезни только самими болезненными процессами: есть еще декомпенсация вследствие конфликтов, социальные вредности (в том числе из-за отношения общества к психическим больным), чрезвычайное многообразие индивидуальных разновидностей течения. К тому же семейные исследования показывают, что хронификация в основном не совпадает с наследственной отягощенностью (больные шизофренией—родственники), как это бывает при острых заболеваниях. Далее, симптоматика хронически резидуальных шизофрений во многих отношениях сходна с резидуальными состояниями других психически больных (при неврозах и патологии личности), а также с психическим оскудением у здоровых в определенных ситуациях (в санаториях, тюрьмах). Из этих наблюдений напрашивается тезис о том, что хронические шизофрении — это скорее «артефакт», чем болезнь, но это только одна перспектива этиопатогенеза, во всяком случае аспект серьезного терапевтического значения.

Терапия

Большинство больных шизофрениями может лечиться *амбулаторно*, точнее сказать — большую часть времени болезни. Даже в острых стадиях болезни амбулаторное лечение возможно чаще,

чем об этом долгое время думали. Его *условия* предполагают интенсивное внимание к больному (и его родным) с частыми контактами, сеансами терапевтических бесед, а также нейролептическую терапию в относительно высоких дозах. Преимущества и недостатки амбулаторной и стационарной форм лечения должны быть тщательно взвешены. При амбулаторном лечении у больного остаются социальные связи. Однако иногда нужно устранить осложняющие ситуации, что достигается стационарным лечением, где имеются и возможности более точной диагностики и более интенсивной терапии. В сомнительных случаях показано лечение в дневном стационаре.

Если больной шизофренией в силу малой критики к своей болезни отклоняет предложение о стационарном лечении, он может быть направлен туда по решению суда. Этим нужно пользоваться как можно реже, чтобы не осложнять терапевтический контакт и реабилитацию (регистрация в органах правопорядка и судах, ненужное ограничение прав и т. д.). Во многих случаях врачу удается уговорить больного. С другой стороны, больной имеет право, а врач — обязанность соблюдать правовые нормы.

Основы лечения

Показания для лечения шизофрении — это тщательное психопатологическое исследование, цель которого не только установить диагноз, но и сопоставить имеющиеся данные с преморбидом. Не менее важно основательное соматическое, в том числе и специализированное, обследование. Со стороны врача и всех его сотрудников предполагается знание об этой сложной болезни, опыт обращения с больными и проведения разных видов терапии. Сюда относятся психотерапия, социотерапия и фармакотерапия.

Руководящий принцип общения с больным — это *психотерапевтическая установка*. Независимо от теорий и методов для этого существует несколько неукоснительных *правил*: информация должна быть простой и понятной; стиль общения должен быть однозначным, ответственность за свои слова — неукоснительной; медицинский персонал по возможности должен оставаться стабильным. Нужно постараться понять шизофреническую симптоматику как попытку преодоления и одновременно усилить здоровую часть Я. В поздних стадиях могут перерабатываться возникающие конфликты и пути их разрешения. Цель терапии больному должна быть по возможности ясна. Если удастся

так построить отношения с больным, это вызовет к жизни его собственные защитные силы. Частности объясняются в разделе психотерапии.

Что касается *базисной терапии в стационаре,* то особенно важно заслужить доверие пациента. Дифференцированная эрготерапия и трудовая терапия, регулярная физиотерапия и спорт, предложения обучения и проведение свободного времени — это само собой разумеющееся в смысле жизненных качеств, а с другой стороны, такая *терапевтическая среда* формирует базис для проведения и эффективности терапии в узком смысле слова, т. е. фармакотерапии и психотерапии. В противном случае неблагоприятные условия могут привести к артефактам в болезни.

Соматотерапия

Соматическое лечение больных шизофренией проводится в основном *нейролептиками*, которые нацеленно действуют на шизофренические расстройства и обладают широким спектром действия. Со времени открытия в 1952 г. антипсихотического действия хлорпромазина (мегафен) и следующих сильнодействующих нейролептиков прогноз шизофренических психозов стал много благоприятнее. Фармакология и психофармакология, побочные действия и лечение описаны в соответствующей главе, где в табл. 5 сведены наиболее употребительные нейролептики.

Нейролептическое лечение, как и любая психиатрическая фармакотерапия, должно предваряться общесоматическим и неврологическим исследованием по двум основаниям. Вначале обращается внимание на то, что возможное одновременное наличие общесоматических болезней может стать противопоказанием или потребует осторожной дозировки (в том числе может вызвать заболевания сосудов, крови, печени); к тому же надо иметь в виду возможность мозговых заболеваний или заболеваний, проходящих с органическими психозами (возможно, с шизофреноподобной симптоматикой), при которых нужен иной терапевтический подход.

Дозировка зависит не только от вида лекарства и степени тяжести симптоматики, но и от индивидуальных факторов, которые заранее трудно распознать. Поэтому в табл. 5 даются широкие диапазоны дозировок, пригодных для лечения в первую очередь шизофрении. Основное правило следующее: при острых и тяжелых шизофренических синдромах надо сразу же давать вы-

сокие дозы (по возможности парентерально) и вскоре после достижения желаемого эффекта (обычно в течение нескольких дней) эти дозы уменьшать и оставлять на минимально необходимой дозе. Таким способом при сравнительно недолго принимающихся высоких дозах психоз так сказать обгоняется (вместо того, чтобы малыми дозами его догонять); в целом таким путем расходуется меньше лекарств. С другой стороны, эти дозы не должны быть слишком высоки, чтобы не делать больного пассивным, не акцентуировать нарушения Я и не тормозить другие терапевтические мероприятия. При менее острых синдромах можно медленно поднимать дозировки и определять минимальную эффективную дозу. Чаще бывает достаточно двух приемов в день.

Показания направлены в основном на имеющуюся в настоящее время картину болезни (целевые симптомы).

При *острых кататонических состояниях* показаны высокие дозы высокопотентных нейролептиков (особенно из групп 3 и 6 табл. 5, лучше внутривенно или внутримышечно). Следует обращать внимание на преходящее чувство усталости и падение АД. Эффект проявляется через несколько часов или самое позднее на второй день. Дальше можно давать лекарство энтерально. Ступор лечится так же. При этом наряду с нейролептической терапией следует активизировать больного (личные контакты, приглашение к деятельности).

При *злокачественной кататонии* необходимо регулировать обмен веществ обильными вливаниями водно-электролитных растворов, а также применять ЭСТ (электросудорожную терапию) *или* интенсивную нейролептическую терапию. ЭСТ более предпочтительна. В тяжелых случаях необходимы интенсивные меры. Дифференциально-диагностически следует исключать злокачественный нейролептический синдром.

При *параноидно-галлюцинаторных* синдромах острые состояния поддаются лечению нейролептиками легче, чем хронические: несистематизированные формы у возбужденных или аффективно подавленных больных лучше, чем при систематизированном бреде у хладнокровного больного. При терапевтически резистентных, бредовых состояниях рекомендуются нейролептически-тимолептические комбинации.

Депрессивные расстройства больных шизофренией лечатся не совсем так, как меланхолии, даже если они симптоматически сходны с меланхолией: антидепрессанты здесь не так эффективны, как нейролептики или их комбинации; терапия бодрствованием (лишение сна) действует на этих больных антидепрессивно; возможна ЭСТ.

При расстройствах настроения и нестабильной аффективности в рамках «гебефренического» синдрома необходимы сравнительно высокие дозы нейролептиков. Здесь, как и при маниакальных синдромах, показана комбинация интенсивных антипсихотических и седативных нейролептиков.

У *молодых больных шизофренией*, у которых в анамнезе имеются указания на ранние детские мозговые повреждения или другие факторы риска орга-

нического рода, нередко встречается неадекватная реакция на нейролептики со значительным беспокойством, страхом и другой симптоматикой. Они реагируют лучше на бензодиазепины.

В то время как больные с острыми шизофреническими симптомами реагируют благоприятно, нейролептики слабо действуют на обеднение побуждений и аутизм при шизофренических *резидуальных* состояниях. Поэтому бессмысленно лечить этих больных нейролептиками, особенно если они в больнице. В целях их реабилитации имеют преимущество терапия средой и трудовая эрготерапия в стенах больницы. Однако при аффективной неуравновешенности и эпизодически возникающих состояниях возбуждения и у этих резидуальных больных показаны нейролептики.

Комбинации нейролептиков с другими фармакологическими средствами должны быть тщательно продуманы, так как возможны несовместимость, энзимные индукции, подавление энзимов и другие осложнения. Можно применять два нейролептика, чтобы сдержать побочные явления. Комбинации с антипаркинсоническими средствами могут быть полезны хотя бы кратковременно. Комбинации с антидепрессантами или транквилизаторами показаны при соответствующих целевых симптомах.

Результаты. Нейролептическая терапия действует на шизофреническую симптоматику; особенно быстро это действие развивается при острых синдромах. Это избавляет больного от страха, напряжения и возбуждения, влияет на расстройства мышления и дезинтеграцию Я. Кроме того, снимается напряжение в отношении больного к врачу, медсестрам и санитаркам, облегчается психотерапия. Атмосфера в психиатрических больницах благодаря нейролептикам значительно улучшилась.

При недостаточном нейролептическом эффекте необходимо:

- повысить дозу, если острая симптоматика не стихает;
- попытаться редуцировать дозы;
- резко отменить нейролептики, особенно если в подострой стадии наступает успокоение и появляются побочные эффекты; в некоторых случаях наступает поразительное улучшение (позитивный эффект обрыва);
- применить нейролептик другого химического и фармакологического действия, вместо «классического» использовать «атипичный» нейролептик;
- комбинировать нейролептики с антидепрессантами, литием, карбамазепином или бензодиазепинами;
- прерывистое лечение – каждый второй-третий день высокие дозы (в том числе парентерально), а в промежутке малые дозы или никаких нейролептиков;
- ЭСТ при аффективной и кататонической симптоматике;
- *терапия бодрствованием* и антидепрессанты при депрессивных синдромах.

Психотерапия

Психодинамическая терапия. Что касается психодинамики шизофрении, так это указание на необходимость настойчивого психоаналитического лечения таких больных. Психоаналитическая, или психодинамическая, терапия шизофрении существенно отличается от психоаналитического лечения неврозов. Больные шизофренией не неспособны к перенесению, как это считалось долгое время, а перенесение больного «имеет особую силу и безусловность» (Балли), поэтому терапевтические отношения врача и больного словом «перенесение» вряд ли будут полностью определены. Для психотерапии больных шизофренией особое значение имеют симпатия врача, понимание нужд пациента и стабильная межчеловеческая коммуникация. При этом терапевт должен сохранять возможность границ. Его отношение к больному включает трудноописуемое сочетание близости и дистанции.

В психотерапии шизофрении анализируется преимущественно не прошлое, а больше «здесь» и «сейчас». Терапевтический медиум наряду с вербальными контактами осуществляет совместную с больным деятельность. Здесь речь идет не только о понимании, но и об опыте. Терапевт в общем действует активнее (чем при лечении неврозов), но без особого нажима, что могло бы вызвать у больного страх. У одних больных показано вызывание регрессии, у других — развивается напряженность по отношению к окружающему миру. Значения должны бережно оцениваться, особенно значение противодействия, которое больным представляется наиболее важным. По содержанию сексуальные переживания играют меньшую роль, чем вопросы самоидентификации. Феномены перенесения происходят меньше в вербальном диалоге, чем в активных действиях, т. е. врач переводит роль перенесения на уровень поведения, если он психотически регредиентному больному помогает в малых повседневных делах. Гораздо больше, чем объяснения, полезно «ободрить слабое Я больного в его действиях, направленных на достижение удовлетворяющей его цели» (Бенедетти).

Из многочисленных моделей и методов психодинамической терапии шизофрении здесь в качестве примера коротко описываются два.

Прямой анализ (Розен, Бенедетти) нацелен на то, чтобы врач в роли родителя позволил больному пережить недостававшуюся заботу и любовь.

В критической фазе лечения врач своим поведением должен показать больному, что он, как символическая фигура родителя, не должен подвергаться презрению больного и намерению его уничтожить или проявить враждебность. Здесь термин «прямой» означает: прямо разъяснить ажитацию больного, его страхи или бред, его возбуждение и прежде всего его поведение. Решающим является «прямое вынесение эмоциональных конфликтов в ситуацию перенесения» (Бенедетти). При этом может происходить зеркальное перенесение, для которого характерна склонность больного переживать за врача как за самого себя.

М. Сешехай в своей «символической реализации» переняла требование больного наверстывать во взаимоотношениях врач—больной возможность

удовлетворения не удавшегося в первой фазе жизни орального удовлетворения. Этот психоаналитический опыт с больными шизофренией заставляет думать об обращении матери со своим ребенком. Мать противостоит ребенку, ограничивая его в контактах, в способности понимания и самовыражения, тогда как сама старается остаться преимущественно на превербальных взаимоотношениях, способствуя пониманию фантазий и ирреальности ребенка, перенося их на реальность, которая наконец постепенно признается ребенком, только уже больным.

Показания к лечению надо тщательно взвешивать. Не каждому больному шизофренией и не в каждой стадии болезни показана аналитически ориентированная психотерапия. Она не всегда проводится у юных больных с начинающейся шизофренией, поскольку при обращении к материалу бессознательного требуются особая открытость и большая полнота переживаний. Поскольку в юношестве границы Я еще мало очерчены и вытеснение не функционирует, «вскрывающая» психотерапия может (как и при лечении неврозов) привести к усилению нарушений Я, и пациент глубже погружается в психоз. В этой ситуации он беззащитен, *ведуще-поддерживающая терапия* или же когнитивная либо *поведенческая терапия* скорее сузят возможности сдерживать дезинтеграцию Я, устранять тяжелые степени психотических состояний и приводить к консолидации и реабилитации.

Успехи психоаналитической терапии при шизофрении очевидны. Конечно, лечение требует столь длительного времени и усилий, что не все больные могут его провести. Однако полученный с помощью динамической психотерапии опыт можно изложить здесь достаточно четко, так как он приводит во многих отношениях к важным показателям и достижениям:

- больные шизофренией доступны психотерапии;
- подтверждается наличие психодинамических условий возникновения (определенных еще в 1845 г. Гризингером);
- психопатология и диагностика шизофрении расширяются в направлении динамической психопатологии;
- с пользой применяются взгляды психологии развития, психодинамики и семейной констелляции;
- психодинамические данные улучшают понимание этих больных и контакты с ними и могут стать основой для других видов психотерапии (см. ниже). На основе этого опыта модифицирована психотерапия неврозов;
- получены импульсы и основания для групповой психотерапии и семейной терапии при шизофрении.

На *семейную терапию* вначале возлагались очень большие надежды. Однако результаты проводящейся психоаналитической или системно ориентированной семейной терапии при шизофрении вряд ли можно подтвердить длительными катамнезами. Семейная терапия в настоящее время понимается в широком смысле слова как практическая работа с родственниками и социотерапевтическое санирование семейной атмосферы, а также как поведенческая терапия.

Телесно-ориентированная терапия. Этот терапевтический прием Шарфеттера развился из упомянутой психопатологии Я при шизофренических нарушениях. На это же указывалось при описании кататонических симптомов. Соматические нарушения и моторные расстройства, которые указывают на главную ущербность Я, в этой терапии лечатся не столько вербальным, сколько телесным воздействием. Как пользуется терапевт этим методом, зависит от его опыта и интуиции, поэтому здесь метод описан только схематически. Среди прочего он заключается в совместных упражнениях пациента и терапевта, которые позволяют больному снова почувствовать витальность и активность своего Я. Многие элементы такие же, как и при терапии разрядкой и движениями, только у этих больных они должны быть более сдержанными и осторожными, применяются во «взвешенно дозируемых количествах». Совместные действия позволяют больному преодолеть психотические изоляцию и аутизм.

Поведенческая терапия. Применяемые при шизофрении методы поведенческой терапии относятся не только к обучающим теоретическим приемам, но и во многом связаны с психодинамическими методами.

Такие выявляющие психоз факторы, как семейные конфликты и другие межчеловеческие осложнения, анализируются и с позиций психологии научения, чтобы исходя из них найти пути к лечению. С *помощью тренингов по разрешению проблем*, которые используются в основном в познавательных целях, могут выявляться неблагоприятные реакции и поступки пациентов (и их близких), и эти реакции выправляются терапевтическим путем, чтобы по возможности избегать в дальнейшем подобных ситуаций и редуцировать таким способом риск рецидивов.

При хроническом течении шизофрении следует обращать внимание на нарастающий дефицит психической деятельности (расстройства мышления). Программы поведенческой терапии направлены на редукцию этих когнитивных нарушений (*тренинг концентрации*) воздействием на следующие функции: когнитивную дифференцировку, социальные оценки, вербальные коммуникации, социальную готовность к деятельности, решение межличностных проблем.

Если в результате хронического течения и длительной госпитализации появляются такие выраженные патологические формы поведения, как пассивность и аутизм, поведенческая терапия

полезна в форме *оперантного обусловливания.* Она проводится в основном в группах: тщательно анализируется поведение отдельного больного (например, его работа, еда и т. д.). Исходя из этого, систематически поощряется желательное «нормальное» поведение (позитивное усиление в форме уменьшения ограничений, большая свобода, внимание к нуждам больного).

Чтобы осуществить необходимое длительное нейролептическое лечение и улучшить восприимчивость к нему, необходима *психообразовательная тренировка.* Пациентов (в группе) детально информируют о нейролептиках, тщательно анализируют результаты предыдущего лечения у отдельных больных, оговаривают раннее выявление угрозы рецидива, чтобы больной в этой ситуации сразу же обращался к врачу или же сам пользовался медикаментами в определенных дозировках, согласованных с врачом (кооперативная фармакотерапия).

Терапевтическая работа с *родными* в рамках лечения шизофрении имеет следующие цели: информирование часто испуганных, ничего не знающих родственников, помощь в обращении с больным, совместная работа по распознаванию ранних симптомов рецидивов, уменьшение вызывающих болезнь эмоциональных перегрузок (выраженные эмоции, ЕЕ). Если работа с родными проводится планомерно, то это способствует улучшению течения психоза и уменьшению осложнений и страданий у самих родственников.

Пролонгированная терапия и реабилитация

Недостаточно подавить и излечить острую симптоматику, больной шизофренией нуждается по многим причинам в длительном лечении, чтобы восстановить утраченные вследствие болезни силы, достичь хорошего самочувствия и сохранить его, восстановить трудоспособность, заново создать межчеловеческие взаимоотношения и защитить себя от повторного заболевания. Следовательно, длительная терапия — это одновременно и терапия, и реабилитация, и профилактика. Она проводится в основном амбулаторно, частично в переходном учреждении, и охватывает психо-, социо- и фармакотерапевтические мероприятия.

Нейролептическая пролонгированная терапия. Нейролептическое лечение, предпринимаемое от острого до хронического периода болезни, имеет следующие аспекты действия: 1) достигнутое состояние стабилизируется, больной может раньше выпи-

саться из стационара и лечиться амбулаторно; 2) еще сохраняющаяся остаточная симптоматика лечится дальше; 3) профилактика рецидивов: возврат болезни и повторные поступления при продолжающейся фармакотерапии становятся значительно реже (редуцируются на 1/3 – 1/4); 4) благодаря фармакотерапии облегчается психотерапия и реабилитация; 5) способствуют ли нейролептики сокращению длительности болезни, еще не ясно.

Нейролептики при их многолетнем применении являются относительно хорошо переносимыми препаратами, если выбор нейролептика удачен и сохраняется испытанная и экономная дозировка. Тем самым уменьшается или минимализируется возможность проявления побочных эффектов, среди которых самыми важными являются экстрапирамидно-моторные расстройства. Врач обязан также предусмотреть возможность развития поздних дискинезий. Способность к деятельности при лечении в общем не страдает, может падать лишь сексуальная функция; нередко увеличивается масса тела. Короткие перерывы допустимы, но длительные перерывы вредят лечебному эффекту. Как долго должно проводиться лечение, во многом зависит от индивидуальных данных, общего правила не может быть.

В отношении дозировок основные правила следующие: дозы, сниженные после лечения острого состояния, после выписки должны сохраняться; при благоприятном течении через год, и то очень постепенно, уменьшаться, маленькими шагами с большими промежутками. Интересно, что многие больные шизофренией остаются на удивительно маленьких дозах.

Не каждый больной шизофренией нуждается в пролонгированной нейролептической терапии. Нужно исходить из того, что, с одной стороны, 20–30 % больных не дают рецидивов и без продолжения лечения, а с другой – для 20–30 % больных длительная терапия неэффективна. Попытки обрыва после длительной нейролептической терапии показывают, что около трети больных и без продолжения лечения не дают рецидивов; во всяком случае непредсказуемо, какой из больных обнаружит то или иное течение.

Депо-нейролептики, или нейролептики пролонгированного действия, представленные в табл. 6, предназначены для длительного лечения: они представляют собой надежные средства, освобождают больного от ежедневного приема лекарств, ритмизируют лечение и благоприятствуют стабильным контактам врача с больным, что идет также на пользу психо- и социотерапии. К тому же (по сравнению с энтеральным приемом) общая доза применяемого лекарства уменьшается. Побочные эффекты такие же, как при энтеральном приеме, но часто менее выражены.

Комплайенс (готовность пациента выполнять требования при медикаментозном лечении) при депо-терапии достигается скорее, чем при энтеральном лечении. Это тем более важно, что в значительной степени причиной рецидивов и повторных поступлений является прерывание лечения по

инициативе самого больного или его родственников. Нередко и сами врачи не учитывают степень податливости. Очень важной задачей продолжающегося лечения домашнего врача являются перепроверка лечения и усиление сопротивляемости больного. При терпеливом подходе даже больные без критики побуждаются к длительному лечению, если они видят, что их состояние улучшается и нет необходимости в повторной госпитализации.

Возражения против медикаментозного лечения могут иметь разные мотивы: ставится вопрос о пользе медикамента и о выборе его дозы (особенно если больной обо всем этом недостаточно информирован). Бывают возражения против лечения вообще или против лечащего врача (что обычно разрешается в процессе врачебной беседы). Одни больные выражают свою озабоченность тем, что им недостаточно одного фармакологического лечения; врач должен также участвовать в разрешении их конфликтов и социальных трудностей. Другие агравируют фармакологические побочные эффекты препарата или обвиняют препарат в том, что он у них вызывает заболевание. За этим поведением стоит, конечно, беспомощный вопрос: отчего вообще появляется эта болезнь. Немало больных недостаточно уверены в необходимости фармакотерапии потому, что они не видят перед собой никакой цели (выписка, совместное проживание с родными, работа по специальности). Опыт показывает, что пролонгированная терапия может только тогда рассчитывать на успех, когда больной с врачом всерьез занимается своими проблемами, своими личными и общими желаниями. При этих условиях большинство больных проводит лечение, даже если оно сопряжено с опасностью побочных эффектов.

Психотерапия, социотерапия, реабилитация. Психотерапевтически продолжаются те же приемы, которые были начаты в остром периоде заболевания. После того как отзвучит приступ, больные должны лечиться по поводу своих конфликтов, межчеловеческих отношений и других проблем, которые частично возникли до болезни, а частично вследствие болезни.

Поведенческо-терапевтические мероприятия, ориентированные также психодинамически и когнитивно, в этом периоде лечения имеют особенно важное значение, так как при эмоциональном напряжении в семье рецидивы в течение первого года бывают в 4 раза чаще. То, как ведут себя пациент и его близкие, отражается в «ведущей и поддерживающей психотерапии на длительный срок». Цель ее заключается в том, чтобы больного подвести к новому уровню самостоятельности и убедить его и его родных в возможности самопомощи. Нейролептики поддерживают эти усилия.

Реабилитация больных шизофренией — главная задача психиатрии. Она охватывает разные стороны жизни больного. Часто бывает необходима *реабилитация жизни,* для этого служат мероприятия по приспособлению. Самым тяжелым вопросом является *трудовая реабилитация.* Поскольку рынок труда вряд ли использует хронически больного шизофренией со сниженной трудоспособностью (что было возможно в период высокой хозяйст-

венной конъюнктуры), то создаются собственные рабочие места для хронически психически больных (так называемый вторичный рабочий рынок). Восстановление в жизни включает также помощь в возобновлении социальных контактов и в *распределении свободного времени.* Эти социотерапевтические мероприятия тесно связаны с врачебным лечением.

Многосторонняя терапия шизофрении

Альтернативный подход типа: аналитическая психотерапия *или* социотерапия, фармакотерапия *или* психотерапия, — принадлежит прошлому. Все больше внедряется понимание, что при шизофрении различные возможности лечения должны использоваться *совместно.* Мультифакториальному генезу соответствует многосторонняя терапия. Ошибочно было бы лечить острого больного шизофренией только средой, трудовой и групповой терапией *или* индивидуальной психотерапией. Целенаправленное нейролептическое воздействие на шизофреническую симптоматику облегчает другие лечебные приемы и терапию в целом.

Однако слишком интенсивная нейролепсия приводит больного к пассивности, его самочувствие ухудшается (особенно вследствие моторных и вегетативных побочных явлений), и в связи с этим наступают дальнейшее ослабление качеств Я и малые возможности защиты, Я слабеет еще больше, а страх и возбуждение скорее возрастают.

Особенно при лечении психотических детей и подростков следует обращать внимание на то, что действие нейролептика неблагоприятно влияет на переживания больными своего отношения к реальности. Поэтому у них нужно добиваться только облегчения борьбы со сверхсильным аффектом и с мучительным беспокойством. Им нужно давать низкие дозы и заканчивать лечение раньше, чем взрослым.

Во внимание также должны приниматься возможности терапии, которая одновременно предусматривает *тенденции к самоизлечению* больного, точнее сказать, *возможности преодоления.* Шизофреническая симптоматика в большинстве случаев – это результат болезни *и* попыток ее преодоления. Эти попытки имеют разное направление, не всегда в сторону реинтеграции и стабилизации, часто в сторону аутизации, неактивности и других тяжелых нарушений, которые являются признаками упадка и сужения личности, вплоть до резидуального состояния. Как далеко ведут собственные силы больного к улучшению здоровья, существенно зависит от терапевтической помощи.

Психотерапевтический подход облегчает лечение больного в целом. Так, ему будет полезнее фармакотерапия, если врач постоянно говорит с ним о положительном и побочном действии нейролептиков. Пациент должен проявлять озабоченность и в то же время доверять врачу, когда возникают неустранимые побочные явления. При пролонгированной терапии больному надо

объяснять значение дозировок *(кооперативная фармакотерапия)*. Это относится и к социотерапии. Реабилитационные мероприятия осмыслены и полезны при заботливом индивидуальном ведении больного.

Лечение шизофрении – это в основном *многостороннее лечение*. Психотерапевтические базисные методы и специальные подходы, фармакотерапия и психосоциотерапия дополняют и поддерживают друг друга.

Наблюдения из психиатрической практики подтверждаются систематическими исследованиями: благодаря последовательной нейролептической терапии, особенно пролонгированной, осложнения и рецидивы становятся реже (см. рис. 19, цв. вкл.). Этот эффект терапии улучшается, если одновременно применяется психосоциотерапия, что подтверждают различные данные. Достаточно ли одной психосоциотерапии для лечения шизофрении? Это менее вероятно. С другой стороны, надо помнить, что слишком много терапии, будь то фармакотерапия или социотерапия, тоже вредно.

Успехи лечения с анализом течения болезни представляют шизофренические психозы в ином свете. Хотя шизофрении в большинстве случаев – хронические заболевания, это неравнозначно их прогрессированию; только небольшая их часть протекает чрезвычайно неблагоприятно. «Хотя мы не можем излечить все шизофрении, все же мы можем надеяться, что речь идет в основном об излечимом заболевании» (М. Блейлер). У большей и все увеличивающейся части больных достигается выздоровление или социальная ремиссия. Но и других больных касается то, что хроническое меньше означает прогредиентное, чем длительное, и отсюда следует – долгосрочно нуждающийся в лечении.

Наиболее частые *ошибки при лечении шизофрении* следующие:

- делается слишком мало для больного (и его родных);
- делается слишком много, больной перегружается;
- ошибочно считается, что больной с частичной ремиссией должен как можно скорее принять участие в нормальной жизни;
- неопытные «терапевты» причиняют больному вред;
- пациент становится объектом применения одного единственного метода (которым располагает терапевт), в то время как он нуждается в разностороннем лечении;
- больше лечится болезнь, а не больной.

Дазайнаналитический аспект. Существенное влияние не терапию шизофрении оказывает дазайнанализ. Он является не столько специальной формой лечения, сколько образом осмысления, который в обращении именно с больными шизофренией столь необходим. Отрешаясь от отдельных симптомов болезни и специальных этиологических аспектов, в центр интересов ставится форма существования больного шизофренией. Эта форма является «оздоровляющей реакцией против распада психики и приобретения самостоятельности отдельных функций» (М. Блейлер). Такие установки проявляются в отношении к больному без предубежденности, когда каждое действие больного воспринимается серьезно и в больном видят не столько носителя симптомов, сколько личность. С такими установками врачу быстрее удается найти правильное слово и предпринять правильное действие в обращении с больным.

Правовые положения

Опасность больных шизофренией профанами значительно преувеличивается, не в последнюю очередь под влиянием прессы. Если больной шизофренией агрессивен и может проявить насилие, то в основном из бредового страха. Он действует не из «низменных мотивов», и потому его не следует называть «криминальным». Для этих наказуемых действий характерно то, что они происходят неожиданно и непредсказуемо (при ближайшем ознакомлении они кажутся не столь уж непонятными) и что агрессивное поведение ни в коем случае не имеет отношения к мотиву и ситуации. И все же насильственные действия при шизофрении являются исключением. В целом убийства и телесные повреждения психически больными совершаются не чаще и не ужаснее, чем соответствующие преступления у здоровых.

Если ко времени совершения противоправного действия диагноз шизофрении установлен, то определяется *способность осознавать свои действия* и руководить ими, даже если действие не обязательно вызвано болезненными переживаниями. Если больной экскульпирован, возникает вопрос об *определении* его в психиатрическую больницу: длительность пребывания его в больнице контролируется судом с помощью врачей-экспертов.

В период острых шизофренических эпизодов больной *недееспособен*, но в период ремиссии — не всегда. Если больной шизофренией не в состоянии выполнять свои обязанности, на него может быть наложена *опека*

Является ли больной *нетрудоспособным*, зависит не только от тяжести психоза, но и от возможности профессиональной реабилитации. Из превентивных соображений необходимо предпринимать много усилий, чтобы вернуть больного шизофренией к его профессии, даже если у части больных деятельность не полностью возможна соответственно уровню их образования (*профессиональная непригодность*).

Во время острого шизофренического приступа и при других тяжелых психозах *право на вождение* исключается. После того как психоз прошел, оно восстанавливается. В сомнительных случаях необходимо тщательное психиатрическое и тест-психологическое исследование. При этом следует помнить о результатах действия психофармакологических средств. При лишении водительских прав нельзя исходить из одного диагноза. Систематические исследования показывают, что больные шизофренией приносят меньше несчастий, чем здоровые. Решать вопрос о вождении должен только психиатр.

РАННИЕ ДЕТСКИЕ ПСИХОЗЫ — РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

Появляющиеся у детей от рождения и до 2,5 лет психосиндромы, которые своей характерной клиникой отличаются от задержек психического развития врожденного или рано приобретенного характера и в своей основе имеют необратимую приро-

ду, называют ранними детскими психозами, из которых самым важным является ранний детский аутизм.

Синонимы: инфантильный аутизм, ранний инфантильный аутизм, аутистическая психопатия.

Частота. Болезнь эта редкая. Степень ее выраженности очень разная, а переходы к нормальному развитию плавные, поэтому число больных определить трудно. По Кернеру, на 10 000 детей между 5 и 14 годами приходится 4,5 ребенка, из которых 2,1 — это типичные, а 2,4 — менее типичные случаи. Ограничение возраста от 5 до 14 лет необходимо потому, что менее выраженные формы аутизма можно диагностировать только спустя несколько лет от их начала. В ФРГ насчитывается 6000 — 7000 аутичных детей. В соотношении от 4,5:1 до 1,4:1 преобладают мальчики, особенно в типичных случаях. Мнение, что частота детского аутизма нарастает, неоправданно. Скорее на него стали обращать больше внимания и лучше диагностировать.

Картина проявлений. Определяющие симптомы:

Погруженность в себя (аутизм) и обусловленные им *нарушения контактов.* Это состояние получило название от Э. Блейлера, впервые описавшего его: «аутизм» (как шизофренический симптом). В тяжелых случаях ребенок не имеет контакта с окружающими людьми с начала жизни, и даже мать использует только как объект. При этом создается впечатление, что у него нет никаких потребностей в таких отношениях, а если ему их навязывают или принуждают, он их отклоняет как нудные и отягощающие. С другой стороны, создается впечатление, что ребенок живет оживленной внутренней жизнью, к которой никого не допускает. Соответственно выражение его лица не производит слабоумного впечатления, но часто оно дифференцированное и тонкое. Многие дети имеют примечательно красивое, но не по-детски взрослое лицо (лицо принца).

Типична исключительно сильная *объектная привязанность,* которая проявляется в выраженных случаях как стойкая сосредоточенность на определенного рода вещах (колеса, банки, веревки, кнопки), в легких случаях это ограниченные специальные интересы, что в основном соответствует всей мыслительной активности ребенка.

В тесной связи с объектной привязанностью находится *страх перед переменами,* который в выраженных случаях приводит детей к панике, если они свои предметы находят не на прежнем месте и не в прежнем порядке. В более легких случаях этот страх перемен выражается в особой склонности к ритуализации повседневных действий, например фиксация на определенных пред-

метах одежды. Этому страху перемен соответствует необычная косность или тенденция к персеверациям.

Расстройства речи в типичных случаях так выражены, что практически не происходит никакого развития речи и, вероятно, понимания речи. В более легких случаях развитие речи хорошее, даже обгоняющее сроки, оно часто примечательно неологизмами (новообразованиями слов), ненатурально вычурными оборотами или постоянными повторениями (эхолалии) определенных речевых оборотов или слов. При повторении речь идет не о смысле, а о звучании слов. В развитии речи примечательны запоздалые или отсутствующие местоименные обороты, как и запоздалое использование притяжательных местоимений.

Эти основные симптомы могут сочетаться с нарушениями интеллекта и моторных процессов (склонность к стереотипиям).

Различают две группы больных, в основном по степени тяжести, названные по именам авторов, впервые их описавших: аутизм типа Каннера и типа Аспергера. Эти различия в англоамериканской литературе не описываются.

Каннеровский тип инфантильного аутизма характеризуется тяжестью симптоматики. Только немногие из этих детей могут научиться говорить, и то в очень ограниченном объеме. Их способность общения резко нарушена. Многие полностью погружены в себя, изолированы и не проявляют интереса к живому миру. Часто интерес ребенка к характерным предметам повышенный, предметы могут пристально рассматриваться. Определяемый по возможности интеллект глубоко нарушен.

Аспергеровский тип детского аутизма представляет более легкую форму с различными вариантами. Эти дети вначале не привлекают внимания. Они рано начинают говорить, некоторые после периода задержки, но затем быстро его наверстывают. Нарушение контакта происходит больше по типу отчуждения и ситуационно совершенно не оправдываемого поведения, что выражается в отсутствии почтительности и заботы о реакциях окружающих. Специальные интересы могут достигать степени выраженности «вундеркинда», хотя избирательные способности ребенка не распространяются на прочие знания и возрастные способности; они остаются только вербальными, а не применяются на деле. В пубертатном периоде такие дети более отчетливо проявляют свое иное бытие, чем их сверстники, они реагируют часто депрессиями и суицидальными идеями, но дело до суицидов не доходит. Тем не менее депрессии бывают тяжелыми.

Симбиотические психозы в психоаналитическом понимании (Малер) выделяются как особая форма детского аутизма («симбиотический» понимается иначе, чем «симбиотический» во взрослой психиатрии). Ребенок, как правило, развивает нормальную контактность до этапа дуалистического отношения с лицом, осуществляющим первичный контакт, т. е. с матерью, от которой он не может оторваться и поэтому не переходит к поискам себя (индивидуализация). Ребенок остается в мире «Мы» с матерью. Этот тесный и интенсивный контакт не распространяется на других людей, в том числе в собственной семье. Нередко матери идут навстречу этой симбиотической связи соответственно своим потребностям и тем самым усиливают фиксацию отношений.

Диагноз и дифференциальный диагноз. В выраженных случаях диагноз довольно прост и устанавливается относительно рано (нередко до 3 лет) на основе нарушений контакта, задержки развития речи и характерного поведения. В более легких случаях установить диагноз затруднительно. Часто аутичные дети с аспергеровским типом обращают на себя внимание только с начала учебы, поскольку их своеобразие в лоне семьи остается терпимым и компенсированным. Из характерных симптомов обнаруживаются далеко не все. Тогда говорят об аутистических симптомах или о психической задержке с чертами аутизма. В этой области границы с психической задержкой расплывчаты, что привело к сильному расширению диагноза аутизма в англоамериканской литературе.

Сходные симптомы, хотя и менее типичные и выраженные, могут наблюдаться у госпитализированных детей и у детей с другой ранней патологией на почве дефицита контактов. Дети с выраженной познавательной слабостью, тяжелыми нарушениями моторной деятельности или даже с дефектом интересов могут одновременно проявлять и аутистическое поведение, тогда как дефект интересов долгое время не распознается. На развитие картины нарушений влияет и окружающая среда.

Взрослые больные аутизмом часто выглядят умственно ущербными и «психопатичными».

При детском аутизме на основании анамнеза постоянно определяется, что заболевание развивается как минимум с третьего года жизни. При *детской шизофрении*, которая развивается самое раннее в школьные годы, наблюдается потеря уже приобретенных навыков (надлом развития). Во всяком случае, имеются некоторые аутичные дети, которые на первом году жизни еще проявляют нормальное развитие (что должно подтверждаться задним числом фотографиями или фильмами), а затем со второго-третьего года начинают терять способности к контактам и познавательные способности.

Классификация по МКБ 10: инфантильный аутизм (Каннер — F84.0, синдром Аспергера — F84.5, симбиотический психоз — F84.3).

Течение и нозология. Течение заболевания зависит от интенсивности проявлений и результатов лечебных мероприятий. Во всяком случае, по всем данным выздоровление невозможно;

улучшение бывает в довольно узких границах. Больные с типом Каннера в течение всей жизни нуждаются в попечении и в защитной поддержке. При типе Аспергера социальное участие зависит в основном от интеллекта и готовности окружения преодолеть аутизм и подготовить его к образованию и полезной деятельности, оценить его индивидуальные возможности и их использовать. В таких случаях для больного необходимо найти «социальную нишу». Социальная адаптация часто улучшается после препубертата настолько, что позже больные расцениваются просто как придурковатые чудаки. Многие же больные аутизмом Аспергера декомпенсируются в пубертатном возрасте или у них развивается типичный шизофренический психоз.

Такие плавные переходы к характерной картине *шизофренических* психозов могут объясняться следующей гипотезой: при детском аутизме и шизофрении речь идет о совпадающих в принципе нарушениях, которые отличаются лишь тем, что шизофрении возникают после многих лет нормального развития. Очевидно, аутизм — это не единая болезнь.

Этиология. Имеется ряд гипотез о происхождении детского аутизма, из которых ни одну нельзя считать убедительной. Несправедливо упрекать матерей, будто они вызвали болезнь тем, что мало проявляли любви и заботы о ребенке на первом году его жизни, что вследствие этого развился аутизм как результат раннедетской психической депривации. Гораздо нагляднее тот факт, что в тех редких случаях, когда наблюдается отрицательное отношение матери к ребенку, это, скорее всего, реакция на неконтактность со стороны ребенка.

Вероятно, в раннедетских фрустрациях не следует искать очевидную причину детского аутизма. У тех немногих детей, которых в грудном или раннедетском возрасте прятали от национал-социалистического преследования и которые перенесли в течение нескольких месяцев или даже лет недостаток общения и сенсорных впечатлений (и пережили это), несмотря на тяжелые психосоциальные нарушения развития, случаев аутистических состояний не наблюдалось (Лемпп).

Большинство исследователей считает, что при детском аутизме речь идет о предрасположении или рано развившихся нарушениях понятийных возможностей, при которых у детей так меняется восприятие и переработка внешних раздражителей, что становится невозможным построение общего реалистического отношения к событиям. На фактор предрасположения указывает то обстоятельство, что в семьях аутичных детей чаще встречаются родственники с нарушениями контактов и шизоидными расстройствами личности. Неясно, почему аутичные дети появляются особенно часто в семьях верхних слоев и вышесредних слоев общества. Одна из гипотез исходит из того, что в таких семьях от детей рано требуется целенаправленное проявление способностей. Из-за этого увеличивается разрыв между частич-

ными способностями и частичными задержками, что и вызывает аутистический синдром.

Терапия. Лечение проводится исключительно педагогически-оздоровительное и психотерапевтическое. При лечении должны использоваться те наличные сенсорные способности, которые направлены на создание коммуникаций, например на музыкальность и особенно на факторы чувствительности к контактам. Если исходить из нарушений когнитивного порядка (например, апраксии или афазии), это скорее может вызвать усиление аутистической симптоматики. Отдельные сообщения об успешной терапии относятся к очень раннему (уже на первом году жизни) диагностированному заболеванию и при необычных терапевтических вмешательствах. Они вряд ли могут быть широко распространены.

При форме Аспергера показаны целенаправленные педагогические меры, при помощи которых детям и подросткам корригируют поведение и приучают к нормальным взаимоотношениям с окружающими. Это вызывает необходимость длительного социально-педагогического воздействия.

Медикаментозного лечения нет.

АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ: МЕЛАНХОЛИЯ И МАНИЯ

Аффективные психозы (ранее: маниакально-депрессивные психозы) — это душевные заболевания, которые проявляются расстройствами чувств, настроения и потребностей в полярно противоположных формах, таких как меланхолия или(и) мания. Они протекают ограниченными во времени фазами, которые, как правило, дают полную ремиссию (интервалы здорового состояния), без существенных изменений личности. Всем этим аффективные психозы отличаются от шизофрений.

Частота. Аффективные психозы — это относительно частое заболевание. Ожидание болезни (риск заболеваемости) лежит между 0,6—0,9 %. Меланхолические фазы встречаются чаще маниакальных. У женщин меланхолии бывают чаще, чем у мужчин (соотношение 2:1 теперь ставится под сомнение). При маниакальном и меланхолически-маниакальном течении разница в полах менее отчетлива. Названные показатели относятся к среднеевропейским странам. В ряде северно- и южноевропейских стран аффективные психозы встречаются чаще. Эпидемиологические данные вряд ли можно считать достоверными, поскольку трудно провести отграничение меланхолий от других

депрессивных состояний при эпидемиологическом обследовании из-за различий в оценках.

Иногда приходится отказываться от дифференцировки разных депрессивных заболеваний. Но в следующих главах будет показано, как значительно отличаются меланхолии по клинике и течению, этиологии и терапии от других депрессивных состояний.

Меланхолическая фаза

Меланхолия является первичным определением этого расстройства, которое некоторое время считалось эндогенной депрессией. В современной классификации (МКБ) используется термин *«депрессивный эпизод»*. Эта категория главным образом применяется для определения степени тяжести (большая депрессия), включая также тяжелые депрессивные состояния другого вида (в частности, невротические депрессии). Такое объединение с точки зрения показаний к терапии нецелесообразно. Поэтому идея меланхолии сохраняется для возможности более точного определения.

Клиническая картина. Выражение лица серьезное, больной отвергает подбадривание и шутки. Взгляд выражает часто тревогу и одновременно отрешенность, отсутствует внимание ко всему, что происходит вокруг больного. Самое примечательное — это бедность движений, которая идет в паре с трудом подавляемым «внутренним» беспокойством. Мимика, жесты и речь отражают напряженность, нерешительность и чувство безнадежности. Тем, кто знал больного в здоровые периоды, бросаются в глаза уединение, сдержанность и смущенность.

Переживания. Переживания меланхоликов не поддаются оценке в нормальных психологических категориях. К ним можно только примерно приблизиться. Больному по окончании фазы трудно бывает описать пережитое состояние. Оно ему кажется чуждым и непонятным и одновременно столь тяжелым и подавляющим, что он, если бы это от него зависело, предпочел бы любой другой период своей жизни.

Аффективность. Меланхолическое настроение не сходно и даже не имеет ничего общего с печалью. Больной скорее скажет: окаменелое, равнодушное, пустое, неживое, мертвое, выгоревшее. «Все во мне оборвалось и умерло». Многие настойчиво говорят, что они не могут быть печальными и плакать; даже при несчастьях в семье они не печалятся. Одни больные тяжело от этого страдают, другие определяют себя скорее как печальными,

а некоторые могут даже плакать. Это происходит в начале и в конце меланхолической фазы и при легких меланхолиях; в остальном они характерны для иных депрессивных состояний.

Окаменелость и пустота причиняют ущерб всей аффективности. Дружбу, сочувствие, любовь или другие эмоции больной не может или почти не может испытывать. Подбадривание или призывы извне не действуют, часто мучительны. Меланхолик не расстроен, а скорее *придавлен* (Хейнрих). ***Невозможность чувствовать*** и ***невозможность переживать*** – это диагностически важные признаки меланхолии, это не краевые феномены (или признаки особой субформы анестетической меланхолии), они принадлежат ядру меланхолических переживаний (Шульте). При этом бесчувственность тяжело переносится, ощущается застенчивость, отсутствие любви переживается в экстремальных случаях как переживание отчужденности (*деперсонализация*).

Большинство меланхоликов говорит спонтанно или в порядке ответов на вопросы о чувстве страха. Они чувствуют меньше угрозу, а скорее подавленность или придавленность, что связано с заторможенностью и нарушением переживания времени (см. ниже). Все, что к меланхолику приходит и перед ним лежит, вызывает у него подавляющий страх от обязанностей, которыми он пренебрегает, до повседневных нужд, которые кажутся ему недостижимыми и непреодолимыми.

Меланхолический страх отличается от невротического по содержанию: меланхолики страдают страхом повседневности и недействительности, а невротические или депрессивные больные – скорее страхами, связанными с ситуацией, и страхами перед встречами и разлуками. Депрессивность и страх иногда обозначаются как альтернативные понятия, но такая понятийная дихотомия искусственна и клинически неприемлема.

Побуждения. Блокирование затрагивает и побуждения. Обычное обозначение – *заторможенность* – недостаточно отражает меланхолические переживания побуждения, которые имеют существенно иной характер, чем заторможенность в общеупотребительном смысле. Больной не может собраться с мыслями, не может на что-то решиться, у него нет никакой инициативы, никакого порыва, никакой радости от труда, ничто не идет ему в руки, каждое действие причиняет мучения, особенно по утрам, «как мертвый в замкнутом пространстве». Упущения, которые возникают из-за этого, переживаются с чувством вины и мучения.

В самых тяжелых случаях наступает депрессивный *ступор*: больной безучастен и почти неподвижен, он едва говорит, но не

проявляет внутренней напряженности и каталепсии, свойственных кататоническому ступору.

С заторможенностью часто связано мучительное внутреннее *беспокойство* в области груди или во всем теле. Оно распознается по поведению, в частности по лихорадочным движениям или невозможности оставаться на одном месте, тогда говорят об *ажитации*. Это дополнительный, но не альтернативный симптом (поэтому «ажитированная депрессия» не расценивается как самостоятельная болезнь). Он часто связан с чувством страха и может проявляться в громких жалобах и ламентациях (жалобная депрессия). Больные одновременно и заторможены, и суетливы («беззвучная паника»).

Мышление однообразное и непродуктивное, оно вращается вокруг меланхолических страхов. Многие больные жалуются на забывчивость и нарушения концентрации внимания, которые иногда выражены значительно (так называемая депрессивная псевдодеменция). Там, где аффективность и побуждения блокированы одинаково («динамическая редукция» по Янцарику), развивается дефицит деятельности, и, в крайнем случае, больной не реализует своих собственных потребностей, которые исходят из его аккуратности и добросовестности (исключение или отставление, по Телленбаху).

Расстройства восприятий большей частью легкие. больной слышит все как бы издалека или же неуверенно оценивает отдаленность звуков. «Редукция восприятий до физикальных компонентов — восприятие больше невозможно — потеря смысла действительности и способности реально оценить ситуацию — нет концентрации и нет сил думать, неспособность ни к чему».

Легкие симптомы навязчивости при меланхолии нередки, при большой их выраженности (2 % больных) говорят об ананкастической депрессии. Она ошибочно диагностируется как невроз навязчивости Одновременно имеющиеся меланхолическое расстройство настроения и фазное течение болезни облегчают постановку диагноза.

Основное нарушение у больных меланхолией Гебзаттель видит в *«заторможении будущего»*. Больной переживает предстоящее время как бесконечно затяжное (что подтверждается и экспериментально), и одновременно оно протекает незаметно для больного. Нарушено также внутреннее чувство будущего, временности, заполняющегося переживаниями. Будущее закрыто для больного. Если надежда (для здорового) устремлена в будущее, то меланхолик живет без будущего и без надежд. Если «ничто больше не идет», то страх возникает перед всем, даже перед банальной повседневностью, собственно, перед самой жизнью. Меньше страх перед смертью, чем перед продолжением такой жизни. Этот страх имеет иной оттенок, чем невротический страх, он напоминает больше экзистенциальный страх.

Когда прекращается субъективное *переживание времени*, когда утрачивается перспектива загладить свою вину последующими действиями, переживания этой вины становятся подавляющими. «Чем больше нарастает заторможение, замедляется темп внутреннего времени и чем отчетливее переживается доминирующая власть прошлого, тем больше закрыто будущее для депрессивного больного, тем сильнее довлеет над ним прошлое, подавляет и

связывает его» (Штраус). Старые переживания виновности, которые позже совершенно утратили свое значение, при меланхолии могут снова актуализироваться. «Старые комплексы — как большие камни в русле реки, которые при падении уровня воды мешают, выступая над поверхностью...» (Кречмер). Если жизнь не дает больше разрешения проблем, а только еще добавляет виновности, то суицид кажется спасением. Так можно связать безнадежность и страх, переживание вины и суицидальность как заторможение будущего.

Суицидальность характерна для большинства меланхоликов в течение длительного времени. Даже если забота родных и обусловленная болезнью заторможенность сдерживают суицидальность, все равно с этой опасностью следует считаться.

Меланхолический бред. Больные не ценят себя, считают себя виноватыми и ничтожными. Это может усиливаться до появления бредовых переживаний, которые обнаруживаются у 1/5 всех больных, а в их начальных ступенях — у половины больных.

Переживания вины и бред виновности. Многие больные обвиняют себя в тех или иных упущениях и ошибках. Они необоснованно приписывают себе виновность. При этом имеются все ступени тяжести: я сделал что-то (многое), все неправильно. «Я большой грешник ... я ничего больше не стою ... теперь уже поздно ... меня ждет тюрьма ... я буду вечно проклят». Некоторые больные видят себя персонифицированными (дьяволом, что в этом случае не свидетельствует о шизофрении). Опирается ли больной в своем бреде виновности на прежние события (например, лежащие далеко в прошлом пустяковый обман или упущение) или нет (вторичный в отличие от первичного бреда виновности), менее значимо, чем та констатация, что меланхолический бред тематически может быть не оформлен, а может быть бессодержательным: вина и ничтожность без всяких комментариев.

Представления об обнищании и бред обнищания. Многие больные беспокоятся о своей финансовой обеспеченности, а еще больше о своей семье. У некоторых опасения повышены: доходы могут (хотя бы из-за болезни) уменьшиться, налоги невозможно будет оплатить, грозит переход на пенсию и т. д. Эти мысли могут возрастать до бредовой убежденности, что денег больше не осталось, дом разрушится, семья умрет от голода.

Ипохондрические опасения и бред болезни. Страхи перед неизвестной болезнью и преувеличенная оценка отдельных признаков недомогания у больных часты и их не всегда легко отличить от ипохондрических опасений невротических больных. При сильной их выраженности проявляется характерный меланхолический бред болезни: «Силы меня оставляют, я становлюсь все

слабее, позовите моих близких, они должны прийти в последний раз». Больной находит у себя рак или иную тяжелую болезнь. Если у него показатели нормальные, он возражает: он скоро будет определенно смертельно болен.

Нигилистический бред. Меланхолические переживания ничтожества и вины имеют экстремальное выражение в бредовом отрицании своего существования: больной оспаривает свое бытие или наличие у себя души, в лучшем случае его существование кажущееся («существование без чувства существования» по Гебзаттелю). Иногда отрицается и существование живых родственников. За выражением «у меня нет сына» стоит бредовая убежденность женщины, что она столь ничтожная, неумелая, незначительная, что неспособна даже родить ребенка. От «я ничего не стою» до «меня нет» — всего один шаг. Такие высказывания редки, чаще у больных встречаются переживания своего ничтожества.

Другие бредовые темы при меланхолии. Больной может чувствовать себя настолько виноватым, что его терзает мания преследования. Он видит в криминальных работниках не своих врагов (как при бреде преследования в рамках шизофрении), а исполнителей заслуженного наказания (поэтому лучше сказать — *бред наказания* или *бред преступности*). Эта тематика бреда соответствует основному меланхолическому настроению, поэтому говорят о конгруэнтном настроении или *синтонных бредовых переживаниях* (в противоположность неконгруэнтному настроению и бредовым переживаниям при шизофрении).

Эти *темы*, которые во многих случаях комбинируются, не делают для больного существенным меланхолический бред, это только содержание переживаний. «Все равно, какой горючий материал бросается в плавильную печь страданий и от чего разгорается огонь» (по Телленбаху). Основная психопатологическая линия — это измененное переживание времени (см. выше) и проистекающие отсюда чувства вины и ничтожности.

Три важнейшие меланхолические бредовые темы (самообвинение, обнищание, заболевание) интерпретируются как глубинный страх человека, заложенный в меланхолию (Шнейдер). Дальше, чем это определение, идет тезис анализа существования, что речь не о «глубинном человеческом феномене», а о «потере конституциональных условий естественного опыта вообще» (Бинсвангер). Этому соответствует то, что больной сам определяет свое состояние словами, включающими «без-» — бессильный, безрадостный, бесчувственный, без удовольствия. Этимологически «без-» означает убыток или потерю.

Выраженные бредовые идеи при меланхолии происходят, как правило, из-за *отсутствия сознания болезни.* Больной расценивает свое состояние как

следствие собственной вины. «Я совсем не болен, я оказался здесь (в больнице) случайно». Даже если это не согласуется с тем, что он уже перенес несколько приступов, которые условно согласен назвать болезнью, то многие больные оспаривают свое состояние как болезнь. Большинство же больных все же расценивают свое состояние как болезнь. Разделить меланхолию по сознанию болезни или его отсутствию необходимо как на бредовую и небредовую меланхолию, поскольку речь идет о разных степенях ее тяжести.

Витальные симптомы и вегетативные нарушения. Меланхолия проявляется не только в психопатологических, но и в соматических симптомах. Это «близкий к телесным» психоз, чем он и отличается от других форм депрессий. Речь идет о нарушениях в области «витального слоя», так называемого телесного чувства. Старое определение «витальная тоска» говорит о витальных симптомах, которые больной описывает так; общий спад, постоянная усталость, никакого отдыха после сна, бессонница и недостаточная глубина сна, отсутствие аппетита и запоры, чувство тяжести (как стокилограммовый камень) на груди или в области живота, голова налита свинцом, шея сдавлена, давление вокруг головы, как если бы ее стянули обручами, чувство беспокойства в груди, животе или реже в голове. «Моя депрессия лежит в теле и отнимает всякую радость жизни». У женщин прерываются менструации, у мужчин падает или исчезает потенция. Часть этих витальных симптомов можно объективизировать точными методами, такими, например, как вегетативные нарушения. Иногда вегетативные функциональные нарушения доминируют столь сильно, что говорят о *вегетативной депрессии*, без утверждений о самостоятельности такой болезни.

Нарушения ритмов. Ритм сна и бодрствования нарушен постоянно. Нарушения сна — самый частый или первый симптом меланхолии. Многие больные плохо засыпают, их сон поверхностный, они легко пробуждаются. Определяется сокращенный латентный период REM-фазы (время от засыпания до первой REM-фазы), который возникает нерегулярно и не специфичен для меланхолии. Чаще всего это такие расстройства сна, при которых больные просыпаются во второй половине ночи или очень рано утром и не могут больше заснуть, чувствуют себя в это время в наибольшем отчаянии.

Дневные колебания. Меланхолическая симптоматика колеблется в своей выраженности на протяжении дня: нередко она больше всего выражена ранним утром и до обеда (так называемое утреннее углубление), после обеда и к вечеру наступает некоторое просветление. Эти типичные, казалось бы, дневные колебания впечатляют, но они не облигатны и не специфичны

только для меланхолии. Они встречаются только у 1/3 больных (и непостоянно ото дня ко дню); при других формах депрессии они встречаются, хотя и реже. У меланхоликов отмечается (существенно реже) и другое течение – ухудшение во второй половине дня (так называемый вечерний тип). Наряду с этими циркадными колебаниями наблюдаются и кратковременные колебания.

Попытка описать в этом разделе *симптоматику меланхолии* далека от исчерпывающей. Меланхолические переживания столь фундаментально отличаются от переживаний здоровых, что обиходный язык и научная терминология вряд ли в состоянии найти подходящие формулировки; и в сочетаниях, которые дают убедительные описания многих психических заболеваний, меланхолию редко пытаются изобразить. В меланхолической фазе больной с трудом представляет себе, каков он «на самом деле». После перенесенной болезни он не в состоянии больше вчувствоваться в меланхолическое состояние.

Диагноз. Выраженную меланхолию трудно не распознать. И все же легкие и средней тяжести случаи могут представлять диагностические трудности. Часть из них можно просмотреть, часть – спутать с другими заболеваниями. Наиболее важные диагностические признаки следующие: особенно нарушены побуждения, а не только эмоции; больные говорят о безрадостности, отсутствии мужества, утрате энергии и т. д.; они воспринимают меланхолическое состояние как качественное психическое изменение; измененное переживание времени (см. выше). Меланхолический бред показателен, но редок. Витальные симптомы и дневные колебания, – неспецифические симптомы меланхолии, диагностически они имеют ограниченное значение (но являются предиктором антидепрессантной фармакотерапии и терапии бодрствованием).

Жалобы на витальные нарушения у многих меланхолических больных столь выражены, что они как бы перекрывают прочие меланхолические симптомы и усложняют диагноз. В случаях таких соматических жалоб говорят о *ларвированной депрессии*, под которой подразумевается не фаза депрессии, а диагностическая проблема. Соответственно расценивается и «витальная депрессия».

Редкие в детском возрасте меланхолии часто не поддаются диагностике, так как фазы в большинстве случаев очень короткие, иногда всего лишь несколько дней. То, что в возрасте полового развития, казалось бы, немотивированные колебания на-

строения проходят необычно, можно определить как начало аффективного психоза, в этом возрасте лишь ретроспективно.

Кроме симптоматики, диагноз меланхолии ориентируется на ее *течение*. Прежние (меланхолические или маниакальные) фазы убедительны, даже гипоманиакальные колебания. Типично, но не обязательно, острое начало (часто с расстройствами сна и другими витальными симптомами) и еще более впечатляющее, но и еще более редкое внезапное окончание меланхолической фазы (при фармакотерапии труднее распознаваемое). Некоторые больные определяют этот момент с точностью до минут.

Шкалы самооценки и внешней оценки депрессивной симптоматики служат для научной работы, особенно для контроля эффективности лечения. В повседневной диагностике они вряд ли полезны, так как не могут заменить беседу с больным. Депрессивному больному трудно точно заполнить опросник, в том числе найти точные ответы на вопросы. Количественное определение для больного меланхолией затруднительно, поскольку он так глубоко подавлен, испытывает столь абсолютную безнадежность и безысходность, что ему определение глубины расстройств кажется бессмысленным. Хоть многие больные меланхолией осознанно относятся к контакту с врачом, обследования с помощью опросника затрудняют больного.

Распознать опасность суицида у больных меланхолией — это важнейшая диагностическая задача. Большинство таких больных в течение длительного времени хотя бы латентно суицидальны (критерии суицидальности рассмотрены выше). Уверенным поведением и тесной связью с больным можно хотя бы задержать суицидальные импульсы. Однако не всех больных удается спасти таким образом от суицида и их приходится лечить в стационаре, иногда даже и в закрытом отделении.

При каждом медикаментозном предписании нужно думать о возможности суицидального злоупотребления медикаментом. Поэтому лекарства нужно выписывать только малыми количествами и на короткое время, что, кстати, важно для постоянного врачебного наблюдения. Следует помнить, что во время лечения антидепрессантами опасность суицида может возрастать, так как вначале снимается двигательная заторможенность, а лишь затем изменяется настроение и ослабевают идеи виновности.

Однако теперь, когда противосуицидальное лечение при меланхолиях стало чуть ли не правилом (при том, что всего лишь у 12 % отмечаются опасные для жизни тенденции), можно сказать, что большинство больных, испытывающих суицидальные импульсы, мучает совесть; собственно говоря, пациенты находятся под *страхом* суицида — связанные мучительно-конфликтными обязательствами, вызывающими тяжелые стрессовые переживания.

Дифференциальный диагноз. С тех пор как стало популярным общее обозначение «депрессии», возросла врачебная обязанность дифференцировать разные формы депрессивных состояний.

Меланхолии можно с уверенностью отличать от депрессивных реакций и неврозов. Однако вначале возникают довольно значительные трудности в дифференциальной диагностике, особенно если меланхолии предшествуют перегрузки и конфликты. При длительном наблюдении за течением заболевания, как правило, приходит диагностическое решение. Опыт учит, что в неясных случаях часто в конечном итоге приходится останавливаться на меланхолии.

Предшествующий конфликт не может оцениваться диагностически, так как он может вызвать не только депрессивные реакции и неврозы, но и отчасти меланхолии. На особенности личности также нельзя ориентироваться, поскольку меланхолии могут развиваться у лиц с разными структурами личности.

К взаимоотношениям между меланхолиями и депрессивными неврозами приложимы две теории: два полюса одного континуума (унимодальное деление) или разные болезни (бимодальное деление). За вторую теорию говорит больше фактов, чем за первую. Используются симптомологические и психодинамические различия (которые определяются с помощью кластер-анализа), тест-психологические, экспериментально-психологические, а также фармакологические и биохимические данные, которые отличаются при невротических депрессиях и меланхолии, хотя и не так четко, чтобы было достаточно для клинической дифференцировки.

От депрессивного синдрома, обусловленного *органическим расстройством*, меланхолии трудно отличать по ряду причин: органические заболевания, особенно мозговые болезни, могут иногда вызвать депрессии, которые симптоматически (почти) идентичны с меланхолией; так, подобная меланхолическая симптоматика может возникать в начале сосудистой деменции; с другой стороны, выраженной деменции предшествуют состояния депрессии (т. е. смешанная психоорганически-депрессивная симптоматика), частью меланхолического рода; наконец, при многих меланхолических фазах могут наблюдаться преходящие когнитивные нарушения, вплоть до степени деменции (так называемая депрессивная псевдодеменция).

Несмотря на все эти трудности, очень важно вычленять меланхолию из различных полностью или частично *органических депрессий*, особенно в позднем возрасте, поскольку она доступна специфической терапии.

Наиболее частые ошибки в диагностике меланхолии:

- болезнь неизвестна исследователю;
- исследователь не устанавливает (распознаваемые) характерные симптомы;
- не расспрашивают о наличии прежних фаз;
- психореактивное выявление ложно рассматривается как решающий критерий;
- предполагается необходимость определенного поведения или определенной личностной структуры;
- из-за предшествовавшей или имеющейся в настоящем другой психической болезни диагноз меланхолии (ошибочно) исключается.

Следует считать, что меланхолия и другие психические болезни не исключают друг друга. Так, меланхолическая фаза может возникнуть у больного неврозом или с личностными нарушениями разного рода. Меланхолия может быть *второй болезнью* у больных, страдающих алкоголизмом, шизофренией, органическим мозговым заболеванием, эпилепсией или психической задержкой. Это сочетание, хотя и редкое, должно учитываться при выборе метода лечения.

Маниакальная фаза

Клиническая картина. Мания распознается по повышенному настроению, повышению побуждений и ускоренному мышлению (скачка идей). Она во многих отношениях является противоположностью меланхолии, хотя и не зеркальным ее отражением.

Настроение маниакальных больных описывается как приподнятое. Однако жизнерадостность при мании сама по себе мало что значит, как и печаль при меланхолии. Меланхолик страдает бесчувственностью, а маниакальный больной – избытком чувств, желаний и импульсов. Маниакальный больной заражает своей веселостью и шутливостью, открытостью и вдохновением (в противоположность эйфории органически-мозгового больного, которая проявляется скорее как пустая и расслабляющая). Однако многие маниакальные больные бывают возбуждены и требовательны, склонны к спорам и агрессии.

Усиление побуждений проявляется в излишней живости, усилении двигательной активности и в неутомимом стремлении к деятельности. Поэтому маниакальных больных с трудом переносят окружающие. Их расторможенность может проявляться в потере чувства стыда, в грубых шутках, в сексуальных претензиях и любовных предложениях. Тяжелые состояния нередки. Греческое слово «мания» означает также неистовство и ярость, а не только воодушевление.

Скачка идей – это типичное расстройство мышления при мании. Больной постоянно высказывает все новые приходящие ему в голову мысли, которые поверхностны и непонятны. Часто они связаны между собой рыхло словесными или чисто звуковыми ассоциациями. В то же время больной замечает все, что происходит вокруг него, перескакивает с одной темы на другую и не в состоянии довести до конца какой-то продолжительный мыслительный процесс. Многие больные наряду с речевым потоком составляют поток письменный. В остальном они сохраняют способность к мышлению и память; сознание остается ясным.

Содержание скачущего мышления тесно связано с повышенной деятельностью и переоценкой собственной значимости. Больной представляет себя как высокоинтеллектуального человека; он может решить все проблемы, говорит о революционных преобразованиях, мировоззренческих и политических усовершенствованиях, больших финансовых предприятиях, коммерческих учреждениях и несоразмерных далеко идущих планах. Чувство повышенных творческих способностей и неутомимость маниакального больного прямо противоположны витальному расстройству самочувствия меланхолика.

Поскольку больные не имеют никакой критики к болезненному характеру их состояния, они склонны к реализации своих идей величия, например, многие что-то закупают, делают заказы, влезают в долги, соседей по палате называют своими компаньонами. С отзвучанием маниакальной активности критика восстанавливается лишь постепенно, из-за чего у получающего медикаментозное лечение и соответственно успокаивающегося больного еще долго сохраняется опасность необдуманных действий.

Идеи величия маниакального больного (*мегаломания*) вряд ли можно рассматривать как бредовые идеи в собственном смысле слова. Таким больным не свойственна стойкость убеждений, что присуще бредообразованию Противоположный полюс меланхолического бреда виновности и греховности меньше переживается, чем маниакальный бред величия, как неспособность маниакального больного испытывать чувство вины и греха, как будто больной освободился от своего Сверх-Я.

Субъективно маниакальное состояние не всегда позитивно, но оно переживается по-разному. Многие больные переживают его как неестественное и чуждое его личности, временами мучительное, как оживление и суетливость Другие расценивают его как форму существования, которое превышает обычное состояние, они чувствуют себя необычно здоровыми, трудоспособными и уверенными. Если им что-то не удается, то в этом виноваты все остальные. Большинство больных спит мало, но они не обходятся без сна (в противоположность меланхоликам), не чувствуют себя усталыми, а испытывают безграничный прилив сил.

Отзвучавшую маниакальную фазу больной переживает так: «Высокий полет идет к концу и снова возвращаются повседневные заботы». До этого при наличии нейролептической терапии настроение оставалось повышенным, и больной был не в состоянии воспринимать мелкие повседневные проблемы; он настойчиво считает, что стал плохим семьянином, не может быть самокритичным.

После окончания фазы переоценка ценностей зависит от степени тяжести фазы. После легкой мании у ряда больных остаются положительные оценки. Однако многие маниакальные состояния оцениваются задним числом как постыдные, особенно если они сопровождались ссорами, финансовыми потерями или

другими осложнениями. Иногда больной может видеть после мании разруху и проявить суицидальность.

Диагноз и дифференциальный диагноз. Названные три основных симптома мании не всегда одинаково выражены. Если преобладают идеи величия и двигательная активность, говорят об экспансивной мании, при отсутствии скачки идей — об упорядоченной мании; если на первый план выходят скачка идей и другие расстройства мышления, то это спутанная мания. В маниакальной фазе нередко наблюдаются параноидные, галлюцинаторные и кататонические симптомы. В таких случаях не следует немедленно переходить к диагнозу шизофрении, так как эти симптомы наблюдаются недолго, на высоте маниакальной фазы (так называемое перекипание), которая в остальном протекает типично. Если же эти симптомы остаются надолго, тогда речь идет о шизоаффективном психозе. Иногда, особенно у молодых пациентов, используя поперечный разрез, трудно поставить диагноз, и только наблюдение за течением подтверждает заболевание. В целях профилактики важно думать о мании как проявлении аффективного психоза.

Возможно смешение мании с экстатическим циклоидным психозом, но тщательное изучение различий между маниакальными и экстатическими эмоциями позволяет установить правильный диагноз. Маниакальный синдром может встретиться при органическом психозе, на почве церебрального или общесоматического заболевания. Поэтому маниакальные больные должны проходить тщательное соматическое обследование.

Шаржированное, необдуманное и непоследовательное поведение может ошибочно считаться проявлением характера, тем более что эти же больные в период здорового состояния проявляют гипертимные черты. Границы между манией и гипертимной личностью менее четкие, чем между меланхолией и депрессивной личностью.

Смешанные состояния — это аффективные психотические синдромы, в которых маниакальные и меланхолические черты встречаются одновременно и переплетаются друг с другом. Так, повышенное настроение может сочетаться с параличом побуждений и мышления (маниакальный ступор), оживленная деятельность — с бедностью мыслей (безумная мания). При тревожной мании аффект скорее меланхолический, в то время как повышенная активность и скачка идей указывают на манию. То же относится к ипохондрической мании.

Такие смешанные состояния встречаются редко. В большинстве случаев они протекают в течение нескольких часов или дней, особенно при переходе от меланхолической к маниакальной фазе болезни и наоборот. Иногда же такое состояние наблюдается на протяжении всей фазы. Эти смешанные состояния (которые не надо путать со смешанными психозами) в *классификации* МКБ 10 называются смешанными эпизодами при биполярных, аффективных расстройствах (F31.6).

Течение и классификация

Течение отдельных фаз. Длительность *меланхолических фаз* различна. Считается, что в 40–50 % случаев фазы длятся до трех месяцев, в 25–30 % – до года, в 20–25 % – свыше года. Многие меланхолики после окончания фазы удивительным образом возвращаются к повседневной жизни, возобновляя свои дела с того места, на котором они их оставили. Однако нередки трудности в восстановлении межчеловеческих, социальных и трудовых взаимоотношений.

Крайности лежат в длительности фаз – от нескольких дней до нескольких лет. Длительность фазы свыше двух лет говорит о *хронической депрессии*, при которой интенсивность симптомов может колебаться. Чрезвычайно быстрое течение с почти ежедневными сменами между здоровым состоянием и меланхолией называют *быстрыми циклами*.

Сокращаются ли и насколько фазы при лечении, не установлено. Фазы оканчиваются (независимо от их длительности) иногда постепенно, иногда внезапно. Удивительно, что пациенты после меланхолической фазы, которая полностью изменяла их переживания, почти сразу и в большинстве случаев без труда возвращаются к прежней жизни. Многие оставляют фазу за собой без всяких последствий. За меланхолической фазой в 10 % случаев следует *гипоманиакальный всплеск*, в основном малой интенсивности и длительности.

Течение *маниакальной фазы* имеет меньшую определенность. Длительность фазы в среднем короче, чем депрессивная. Маниакальная фаза может присоединяться в легком и коротком виде к окончанию депрессии. При маниакальной фазе наблюдается также депрессивная предстадия.

Длительность *интервалов между двумя фазами* различна, как и длительность самих фаз. Она составляет от нескольких дней до нескольких десятилетий. Прогностические предсказания в частных случаях невозможны. Длительность цикла, т. е. промежуток времени между началом одной фазы и следующей за ней, в начале болезни при униполярной меланхолии составляет в среднем от 4 до 5 лет, при биполярных аффективных психозах 3–4 года. Она сокращается тем больше, чем больше нарастает число фаз у данного пациента, и прежде всего за счет светлого промежутка. При мультифазном течении степень тяжести симптоматики воз-

растает и чаще встречается резистентность к терапии (если не проводится профилактика этого течения).

Формы течения аффективных психозов. С одной стороны, определяются по различным синдромам (меланхолия или мания), а с другой — по частоте фаз. На рис. 21 размеры квадратов определяют разделение их по частоте.

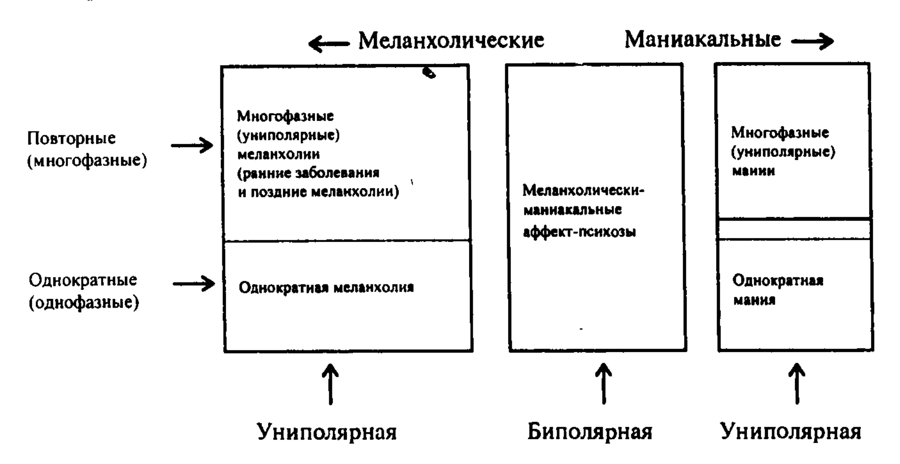


Рис.21. Формы течения аффективных психозов

При униполярном течении встречаются только меланхолические или только маниакальные фазы: или однократные (однофазные), или многократные (многофазные). При биполярных формах течения встречаются как меланхолические, так и маниакальные фазы.

Чаще всего встречаются многофазные униполярные меланхолии. Но лишь одна четверть этих больных проходит одну меланхолическую фазу. По сравнению с униполярной меланхолией биполярное течение встречается наполовину реже. Униполярные маниакальные фазы отмечаются лишь у 5—10 % всех больных аффективными психозами; однократные мании очень редки. В целом меланхолические фазы наблюдаются в 3 раза чаще, чем маниакальные. Однако очень трудно представить достоверные цифры, поскольку диагностируются в основном тяжелые и повторные аффективные психозы, в то время как легкие и однократные заболевания редко попадают в эпидемиологические разработки. Ошибки могут возникнуть и из-за того, что биполярные аффективные психозы причисляются к монополярным, поскольку вначале возникает только меланхолическая (или маниакальная) фаза. Таким образом, биполярное течение встречается чаще, чем это определяется изначально.

В большинстве случаев болезнь начинается в 30—40 лет. Средний возраст *начала болезни* лишь немного выше, чем при шизофрениях. Первая маниакальная фаза встречается реже, чем

первая меланхолическая. Биполярные аффективные психозы возникают раньше (в 20 % случаев до 20 лет), чем униполярные. Аффективные психозы возникают самое раннее в препубертатном возрасте, но и в этом возрасте они чрезвычайно редки. Депрессивные расстройства у детей практически всегда имеют невротическую природу или же при хронических депрессиях *у детей* речь идет о последствиях ранней детской депривации. Характерные меланхолические синдромы могут предшествовать началу шизофренического психоза в юном возрасте. Неясно при этом, идет ли речь об атипичном начале шизофрении или о переходе от аффективного к шизофреническому психозу.

Поздние меланхолии (поздние депрессии) – это те заболевания, которые начинаются после 45 лет. Они имеют некоторые особенности по сравнению с заболеваниями, возникающими в более раннем возрасте; симптоматика их представляется менее характерной. Многофазное течение с учетом возраста столь же часто, как и в молодом возрасте. Мании и биполярное течение наблюдаются реже, чем в молодом возрасте. Но эти различия не обосновывают нозологически особое положение так называемых инволюционных депрессий.

Биполярные аффективные психозы можно подразделить на биполярные I – наличие тяжелых маний с необходимостью госпитализации, и биполярные II – с гипоманиакальными состояниями. Это подразделение клинически малооправданно, как и попытка расчленения униполярных форм течения или разделение на первичные и вторичные депрессии; первичная депрессия означает, что болезнь начинается с депрессивного синдрома, а вторичная возникает после других расстройств; это чисто временное обозначение оставляет в стороне дифференцировку по виду депрессивности.

Осложнением в течении аффективных психозов является *злоупотребление алкоголем,* вплоть до стадии зависимости, у маниакальных больных чаще, чем у униполярных меланхоликов. Некоторые больные пьют только во время фазы, у других развивается типичный алкоголизм. Эта комбинация заболеваний вызывает большие терапевтические проблемы.

Классификация. МКБ 10 выделяет следующие категории: маниакальные эпизоды (F30), депрессивные эпизоды (F31), биполярные аффективные нарушения (F32), рецидивирующие депрессивные нарушения (F33). Третий пункт обозначает синдром и форму течения. Четвертый пункт – частные признаки симптоматики. При этом надо обратить внимание, что цифры депрессивных нарушений суммируют (почти) все депрессивные симптомы, а не только меланхолические. В МКБ 10 (под влиянием DSM) меланхолии понимаются иначе, чем традиционно, а именно как «тяжелые депрессивные эпизоды» (F32.2). Таким образом, критерием является степень тяжести вместо особенностей клинической картины меланхолии, что имеет больше полезного, чем вредного: легкие (как и начинающиеся и отзвучавшие) меланхолии воспринимаются как легкие или средней тяжести депрессивные эпи-

зоды (F32.0 до F32.1), т. е. в группе объединены депрессивные и сходные с ними расстройства.

Резидуальные состояния. В отличие от шизофрении при аффективных психозах не отмечается существенных резидуальных состояний в смысле потери потенциала. Более легкие психические изменения (например, остаточная депрессивность, эмоциональная лабильность) наблюдаются у части больных, по современным данным у 1/3; страдают исходный уровень и эмоциональное равновесие. При длительном течении могут наступать явные изменения психики, ее нивелирование и упрощение. Такие резидуальные состояния особенно часты после многократных маний и при биполярных психозах. Они расцениваются не только как прямые последствия болезни, но и как последствия нарушенного болезнью и социальными затруднениями развития личности. При этих заболеваниях реабилитационные мероприятия (работа, организация проживания и др.) проводятся не меньше, чем при шизофрении.

Обобщая можно сказать, что аффективные психозы имеют в основном благоприятное течение. Однако тщательно изучив частоту рецидивов, затяжных форм течения, риска суицида (10—12 % меланхолических больных умирает вследствие суицида) и резидуальных состояний, к болезни следует относиться серьезнее, чем это представлялось до сих пор. С другой стороны, к настоящему времени прогноз стал благоприятнее благодаря терапевтическим и профилактическим мероприятиям.

Депрессии в период беременности, родов и в климаксе. Во время беременности психозы возникают редко, а при *родах* они отмечаются в 10 раз чаще, чем в иные периоды жизни женщины. То, что в большинстве случаев это депрессивные психозы, находит свое объяснение в клинике. По симптоматике они частично соответствуют меланхолиям (конечно, в период родов бывают и реактивные депрессии), частично же представлены как атипичные или шизоаффективные синдромы (кстати, и шизофрении возникают в период родов). Послеродовые депрессии начинаются в основном на первой или второй неделе после родов. Часть этих женщин в последующем остаются здоровыми, около 1/3 заболевают психозами повторно.

Связь *климакса,* или *менопаузы,* с меланхолией не установлена. И в этом возрасте возникают меланхолии как повторные фазы или как первые манифестации, причем биологические и психологические процессы в климаксе могут служить провоцирующим фактором. Накопление меланхолий в период климакса статистически не подтверждается.

Чаще речь идет о непсихотических психовегетативных синдромах с такими известными симптомами, как приливы жара, приступы потливости, тахикардия, головокружение, отчасти и депрессивное настроение. Этот *климактерический синдром* обусловлен мультифакториально. Наряду с гормональными факторами надо учитывать ситуационные проблемы этого периода перестройки организма и преморбидные факторы. Терапевтически гормоны показаны только в самых тяжелых случаях, психофармакологические средства всегда полезны; необходима психотерапевтическая помощь в переработке конфликта.

Меланхолии и мании в позднем возрасте. Депрессивные расстройства в позднем возрасте часты, но нет *единой* «поздней депрессии», а симптоматологически — очень разнообразные и этиологически различные депрессивные состояния. Частично это реактивные депрессии, связанные с жизненными ситуациями, конфликтами и трудностями со здоровьем, а частично это органически обусловленные депрессии (в смысле прямого выражения нарушения мозговых функций), например при болезни Паркинсона. И наконец, речь может идти о чистой меланхолии (так называемая эндогенная депрессия). Но здесь меньше подразумеваются нозологические группы, а скорее патогенетические факторы, во многом действующие совместно.

Меланхолии в позднем возрасте встречаются редко, активность аффективных психозов в старости падает. Однако нужно считаться с возможностью меланхолических фаз в позднем возрасте, особенно если анамнез указывает на наличие таких фаз в прошлом; но в старости меланхолическое заболевание может возникнуть и впервые. Тогда может быть установлен ошибочный диагноз и неправильно проведено лечение.

Депрессия с меланхолическим отпечатком в позднем возрасте может предшествовать деменции, т. е. начинать ее. И при уже наступившей деменции, как и при сосудистой деменции, часто (около 40 %) возникают депрессивные состояния. В некоторых случаях это меланхолические фазы, которые в принципе излечимы, конечно, с осторожностью и соответственно соматическому состоянию.

В меланхолических фазах стареющих и старых людей вместо легких когнитивных нарушений могут обнаружиться явные и значительные проявления деменции, которые нередко (а для неспециалистов неожиданно) *обратимы*, т. е. исчезают с окончанием меланхолической фазы. Об этой депрессивной псевдодеменции (также синдром деменции у депрессивных) до сих пор известно мало (возможно, это предвестник скорой или наступающей позднее деменции). У этих больных клинически важно не торопиться гово-

рить о старческой деменции, а лечить депрессивное состояние. Взаимоотношения между депрессией и деменцией сложны и малоизвестны.

Мании в позднем возрасте: речь идет о повторной или, реже, о впервые развившейся маниакальной фазе. Ошибочные диагнозы довольно часты, поскольку врачи не считаются с возможностью мании в этом позднем возрасте, или потому, что ее симптоматика нехарактерна, например сочетается с бредовыми идеями или с психоорганическим синдромом. Диагностически ведущим синдромом является переоценка своей витальности и потребностей. Всегда в тех случаях, когда наступает гиперактивность, возможно, сочетающаяся с экспансивными и даже агрессивными эмоциями и поведением, что не соответствует колебаниям темперамента данного больного, нужно и у старых людей думать о мании.

Этиология и патогенез

Генетические данные. В семьях больных с аффективными психозами встречается больше родственников с подобными заболеваниями, чем у населения в целом; вообще вероятность заболевания примерно в 15 раз выше (больше всего, если оба родителя больны аффективным психозом). При биполярной форме течения семейная отягощенность выше, чем при униполярно-меланхолической. При этом больные родственники пациента с униполярным расстройством редко имеют биполярные расстройства, в то время как родственники биполярных пациентов одинаково часто имеют как биполярные, так и униполярные расстройства. Кроме аффективных психозов, в семейном кругу часто встречаются и другие психические расстройства, однако шизофренические психозы встречаются достаточно редко.

Исследования близнецов дают разные цифры у разных авторов, что зависит от различия методических подходов. В середине лежит конкордантность для однояйцовых близнецов — 70 %, для двуяйцовых — 20 %. При этом нужно обращать внимание на дополнительные условия — при неблагоприятных показателях среды. В то же время у разлученных взрослых близнецов конкордантность не меньшая, чем у выросших вместе. Изучение усыновленных детей, проводившееся реже, чем при изучении шизофрении, остается пока недоказательным.

На генетические факторы указывают и данные терапии. При последовательно проходящих меланхолических фазах больной реагирует на трициклические антидепрессанты лучше, *чем* на ингибиторы МАО. Уровень трициклических антидепрессантов в плазме, который интериндивидуально очень различен, у однояйцовых близнецов практически идентичен. Кровнородст-

венные меланхолические больные реагируют удивительно единообразно (позитивно или негативно) на трициклические антидепрессанты или ингибиторы МАО.

Характер наследования в деталях точно неизвестен. На основе семейных исследований предполагается доминантный тип наследования с разной степенью пенетрантности. Изучаются и полигенный тип наследования, и различные гены для преморбидной структуры личности и болезни. Попытка определить место гена в 11-й хромосоме не удалась. Между монополярными и биполярными типами течения найдены различия только в части генетически достоверных исследований.

По данным генетических исследований, при аффективных психозах наследственный фактор реален, но не может объяснить полностью этиологию заболевания; необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

Конституция: данным Кречмера о соотношении строения тела и личности этих больных сейчас придается мало значения; пикническое строение тела при этом заболевании не встречается столь часто и не так выражено, как это представлялось раньше. Соответственно и данные о структуре личности только относительны.

Нейрохимические и нейроэндокринологические исследования. Долгое время исследования соматических данных у больных с аффективными психозами были неплодотворными. Большинство этих данных представляли как неспецифические или как соматические симптомы заболевания, не имеющие отношения к его этиологии. Только после открытия антидепрессантных фармакологических средств (они были открыты не систематически, как нейролептики, а случайно) стали развиваться обширные фармакологические, биохимические и эндокринологические исследования с целью прояснить механизм действия антидепрессантов и таким путем патогенез депрессии.

Антидепрессанты *задерживают* обратный захват выделяющихся *нейротрансмиттеров* норадреналина и серотонина из синаптических щелей в пресинаптические окончания нейронов (клеточные щели), и в результате распределение нейротрансмиттеров улучшается. (Действующие одновременно антидепрессивно ингибиторы моноаминоксидазы затрудняют инактивирование катехоламинов, особенно норадреналина, иным путем, а именно торможением его распада — ингибирование энзима МАО.)

Помимо антидепрессантов, работающих на этих двух системах (серотониновой и норадреналиновой), имеются ингибиторы обратного захвата серотонина. Подробности методики сложного нейробиохимического исследования и его результаты здесь не приводятся. Гипотеза нейротрансмиттерной недостаточности

развивается в сторону общего содержания (все больше связанного с нейротрансмиттерами) — гипотезы дисбаланса. В настоящее время пока не существует единой убедительной биохимической теории депрессии, в том числе антидепрессантов.

Нейроэндокринологически обнаруживаются многочисленные находки неопределенного значения. Установлена повышенная секреция кортизола при меланхолии. При тесте с дексаметазоном у большинства больных меланхолией не наступает ожидаемого подавления секреции кортизола, тогда как тест чаще положителен при невротических депрессиях, чем у здоровых; дифференциально-диагностического инструмента на этом направлении пока не найдено. Далее исследовались щитовидная железа и гормон роста. До сих пор больше открытых, чем решенных проблем. Уже установлено: это относится лишь к проблеме обмена веществ при этом заболевании.

Наконец, следует упомянуть о *психофизиологических исследованиях*, которые обнаруживают при депрессии сниженную реактивность на внешние раздражители, но и эти данные неспецифичны для меланхолии.

Хронобиологический аспект. В отношении *циркадной ритмики* важны суточные колебания депрессивных симптомов и расстройства сна; но оба вышеописанных признака нерегулярны, нестабильны и неспецифичны. Вероятно, так называемое типичное колебание (с углублением по утрам) — это не симптом меланхолии (как долго считалось), а выражение физиологической циркадной ритмики, которая качественно акцентуируется благодаря меланхолическим изменениям переживаний. Циркадные показатели соматических параметров (температура, пульс, кортизол, ЭЭГ и т. д.) позволяют обнаружить у больных меланхолией лишь легкие отклонения по сравнению со здоровыми. Гипотеза десинхронизации при меланхолии недоказательна. У маниакальных больных ритмические процессы практически не наблюдаются.

На особенностях циркадной ритмики пытаются объяснить терапевтический эффект лишения сна (лечение бодрствованием); однако систематические наблюдения не подтверждают этого.

Фазное течение аффективных психозов не обнаруживает строгой периодичности, кроме исключительно редких случаев 48-часовой ритмики (смена меланхолии и здоровья).

В настоящее время дискутируется вопрос о *сезонной ритмике* — порою видят депрессивные состояния, которые регулярно начинаются осенью или зимой и кончаются весной или летом. Но их симптоматика несколько иная, чем при меланхолии: часто волчий голод, нарастание массы тела и увеличение продолжительности сна, наряду с депрессивным аффектом — возбуди-

мость и страх. Эпидемиология, феноменология и нозология этих депрессивных состояний в основном неясны. Для лечения требуется искусственное освещение (фототерапия).

Соматическая обусловленность и провокация. У больных большинство меланхолических и маниакальных фаз развивается без явного внешнего повода. У некоторых же больных развитию предшествует соматическое заболевание или психическая нагрузка. Исключая случайные совпадения, можно выявить две очевидные взаимосвязи. Речь может идти об *органическом психозе*, который обусловлен соматически, а симптоматически соответствует состоянию мании или меланхолии; это наблюдается очень редко, например при болезни Паркинсона, болезни Аддисона и при лечении гидрокортизоном. Иначе происходит при депрессивных синдромах другого рода. В таких случаях говорят о симптоматической меланхолии или мании. В *классификации* МКБ 10 их называют органически обусловленными депрессивными расстройствами (F06.30).

Чаще приходится встречаться с *провокацией*: соматическое заболевание дает толчок к манифестации фазы, которая течет дальше по своим закономерностям. Признание подробных связей выдвигает на первый план готовность к болезни (предрасположение). Провокация предполагается там, где имеется тесная связь во времени между соматическим влиянием и началом фазы (определенный интервал не исключает этой взаимосвязи), и меланхолия протекает без психоорганических симптомов (деменции).

Подобную провокацию объективизировать трудно. Поэтому не следует удивляться, что данные о соматическом выявлении фазы у разных авторов колеблются в зависимости от рабочей гипотезы и методики исследователя. Для меланхолии эти цифры лежат в пределах 5—25 %, для маний они значительно ниже, но в новых исследованиях у женщин соматическое выявление чаще (до 7 %), чем у мужчин.

Психическая провокация. Тяжелые психические нагрузки и конфликты могут привести к развитию меланхолической или маниакальной фазы. Эти так называемые психореактивные провокации не являются правилом, они встречаются редко, основная же часть меланхолий и маний начинается и протекает относительно независимо от внешних влияний.

Речь идет главным образом о «внешних» нагрузках. В периоды войн и бедствий количество заболеваний не увеличивается. Целесообразные напряжения и нагрузки, вероятно, имеют значение для укрепления и сохранения здоровья. Патогенными ста-

новятся скорее более глубокие потрясения и длительно сохраняющиеся конфликты со стойким напряжением. Типичные, хотя и неспецифичные факторы провокаций — это лишение корней при изменении жизненных отношений и потеря близких. Ситуации снятия напряжения также могут вызвать приступ меланхолии, тогда как в преддверии мании могут происходить перегрузки (например, случаи смерти). Об актуальных провоцирующих переживаниях иногда говорит углубленный анализ, который выявляет длительное психореактивное развитие, что приводит к меланхолической фазе.

Но не каждое указываемое больным событие имеет значение провоцирующего фактора. Больной и его родственники обычно проявляют склонность объяснять психозы внешними влияниями, поскольку многим больным трудно представить, что меланхолия или мания могут возникать без причины, изнутри. Ряд перечисляемых причин относится по времени не к началу болезни, а является выражением пониженной сопротивляемости в начальной стадии фазы.

Нет четких критериев, которые точно указали бы, имеет или не имеет патогенетическое значение то или иное переживание до начала психоза. Поэтому приводимые здесь цифры приблизительны: при меланхолии психореактивная провокация бывает в 10—35 %, при маниях — в 7—15 % случаев. Исследования жизненных событий показывают, что за месяцы до возникновения депрессии тяжело переносимые события встречаются в 3 раза чаще, чем за тот же период в контрольной группе. Поздние меланхолии чаще ранних форм провоцируются психореактивно, примерно около половины случаев; особого внимания заслуживают потрясающие переживания в профессиональной или семейной области, актуальные потрясения при смерти родителей или других родственников.

Зависимость от факторов среды обнаруживается и в дальнейшем течении. Если депрессивная фаза затягивается и *выход* замедляется, то при этом имеет значение влияние жизненных ситуаций, например прежде возникавшие жизненные конфликты.

Убедительной *психодинамической* теории меланхолии нет, есть лишь отдельные представления о психореактивном патогенезе. О происхождении меланхолии говорится: фрустрация основных потребностей, особенно отказ от оральных импульсов под воздействием матери; заторможенность оральных и агрессивных стремлений, симбиотическая зависимость. Вследствие раннего опыта такого рода возникает сенсибилизация к соответственным переживаниям в более позднем возрасте, и этим вызывается диспозиция к депрессиям. Далее сказывается неуверенность в естественной отдаче и взятии, связанными окружением, с наличием высокого и завышенного идеального Я. Агрессивные и садистские тенденции вследствие интроекции могут получить поворот в сторону направленности на самого себя.

В 1921 г. Фрейд писал о меланхолии: «Соотношения здесь довольно туманные, до сих пор лишь некоторые формы и случаи меланхолии поддаются психоаналитическому исследованию». С тех пор, несмотря на интенсивные усилия, мало что изменилось. Следует только отметить, что большинство

проведенных исследований касалось депрессий вообще, а не меланхолии в частности.

Мании психоаналитически определяются по тем же принципам, что и меланхолии: мании основываются на защите от лежащего в их основе конфликта, как и меланхолии. В этой связи стоит вспомнить, что психореактивному возникновению маний предшествуют удручающие события, такие как смерть близких.

По *когнитивной теории (А.Т. Бек)* при депрессиях налицо основная установка, определяемая как негативная оценка своей личности, окружающего и будущего (так называемая когнитивная триада). В частностях когнитивные расстройства определяются следующим образом: арбитражная интерференция (мышление по типу короткого замыкания), селективная абстракция (взгляд в туннель), сверхгенерализация (обобщение отдельных элементов негативного опыта), магнифицирование или минимизирование (взгляд через бинокль), персонализация (направление вины на соответственную персону), абсолютистское мышление (все или ничего). Здесь речь больше идет об описании депрессивных переживаний и поведения и меньше об этиопатогенетических выводах. И все же эти определения полезны для лечения депрессивных больных.

Личность. Структура личности этих больных сегодня оценивается не столь определенно в смысле значения для возникновения и диагностики заболевания. И все же у части больных находят (ни в коем случае не регулярно) признаки резковыраженной аккуратности, особенно выраженной приверженности правилам и соблюдению порядка, которые Фрейд описал как анальный характер, а японские психиатры — как иммобилитимию, и вместе с дальнейшими соображениями это привело к концепции меланхолического типа личности (Телленбах). Данные, полученные на примере униполярной меланхолии, не специфичны для этой болезни (они встречаются и при других заболеваниях и часто у здоровых) и не определяют полностью личность больных, у которых встречаются разные личностные структуры и даже патологические личности.

Социокультуральные аспекты. Меланхолические и маниакальные заболевания мало зависят от социальных факторов Предположение, что меланхолии встречаются чаще в верхних слоях общества, чем в нижних, не подтверждается. Более высокая заболеваемость у женщин вряд ли зависит от социальных факторов (женщины охотнее лечатся).

Транскультурально меланхолическая симптоматика имеет существенные различия. Во многих регионах Африки больные меланхолией часто обнаруживают бред преследования, они переживают агрессию не изнутри, а снаружи — как отравление, колдовство или сглаз. Витальные нарушения в разных этнических условиях переживаются одинаково. В юго-восточноазиатских и негроафриканских культурах меланхолии переживаются как соматическое страдание чаще, чем в западных странах, где как исключение диагностируется даже ларвированная депрессия. С восточных позиций здешняя депрессия представляется чрезмерно психотизированной.

Заключение к этиологии и патогенезу. Аффективные психозы определяются как выраженно генетические, биологически обоснованные заболевания. Современные знания о модусе наследования и патофизиологических процессах имеют еще много пробелов. Клинический опыт показывает, что меланхолические и

маниакальные фазы возникают в основном спонтанно, но частично проявляются благодаря физическим или психологическим факторам. Эти внешние факторы сопутствуют патогенетическим, поскольку эти фазы манифестируют у каждого больного при соответствующем предрасположении, хотя момент возникновения заболевания зависит от дополнительных условий. И все же нельзя объяснять аффективные психозы исключительно экзогенными факторами. Даже если абсолютно очевидны причины развития болезни, невозможно объяснить, почему возникла меланхолия или мания, а не какое-либо другое заболевание. Тип возникающего заболевания очень трудно объяснить иначе, чем предрасположенностью к определенному типу реагирования. Однако и она в большинстве случаев оказывает решающее влияние лишь на ход болезни, а в остальном определяющими являются сопутствующие переживания и окружающие условия. Следовательно, аффективные психозы также имеют мультифакторную обусловленность.

Лечение меланхолии

Основа лечения. Предсказание каждого антидепрессивного мероприятия — основа связи врач—больной. Предсказание соматического лечения меланхолии — это основательное общесоматическое и неврологическое обследование с целью установить возможные расстройства здоровья, которые имеют значение для лечения.

Амбулаторно или стационарно? Применяемая терапия позволяет лечить большинство больных амбулаторно. Но не всегда амбулаторное лечение предпочтительно. Необходимо тщательно взвесить преимущества и недостатки амбулаторного или стационарного вмешательства в каждом отдельном случае. Следует учитывать не только степень тяжести болезни. Направление в психиатрическое отделение или клинику обременительно для больного, оно отрывает его от родных, которые его до того поддерживали. С другой стороны, нахождение в больнице освобождает больного от его обязанностей и долга. Многим меланхоликам помогает то, что они «попадают» в больницу и лечатся, как все остальные больные, тогда как длительное время они были в напряжении и в мучениях. Другим больше помогают привычные условия, сохранение своих привычек и «сохранение уровня». В стационаре больше возможностей для проведения лечебных антидепрессивных мер. Показанием для стационарного лечения является выраженная суицидальность. Однако следует помнить, что суицидальная попытка не исключена и в психиатрической больнице.

Основа лечения в психиатрическом специализированном отделении — это направленная специально на меланхолического

больного терапевтическая среда: подготовленные медсестры, санитарки, специалисты по гимнастике и эрготерапии и т. д., которые ведут меланхолического больного по нелегко находимому пути между отчаянием и надеждой, успокоением и возбуждением. Именно поэтому стационарное лечение больных меланхолиями в непсихиатрических отделениях противопоказано.

Прогноз амбулаторного лечения зависит от стойкости родственников, которых врач должен поддерживать и ободрять. Амбулаторное лечение ложится сегодня на плечи семейного врача, который приобретает соответствующие знания и работает совместно с психиатром. В каждом случае основой лечения является *психотерапевтическая установка* врача к больному.

Антидепрессантные препараты стоят на первом месте в соматическом лечении меланхолий. В специальной главе описываются основы этой терапии (а также побочные действия и осложнения при этом лечении), а отдельные лекарства представлены в табл. 7. Здесь же обсуждаются частности показаний в проведении фармакотерапии всем больным меланхолиями.

Дозировки. В общем лечение начинается постепенно из-за возможных побочных явлений. Суточные дозы приведены в табл. 7, они пригодны для физически здоровых взрослых; у детей и стариков, как и при мозговых заболеваниях, дозы ниже. При недостаточном эффекте дозы ступенчато возрастают. Слишком высокие дозы уменьшают эффект. Оптимальную среднюю дозу определить трудно. «Терапевтическое окно» точно неизвестно, а определение концентрации антидепрессантов (и их метаболитов) в плазме до сих пор рутинно не проводится. Антидепрессанты обычно даются энтерально. В инфузиях (или внутримышечных инъекциях) они не действуют ни быстрее, ни лучше.

Выбор антидепрессантов из всей гаммы их наличия (см. табл. 7) для эффекта терапии не является решающим, как это часто утверждают, поскольку различия в их действии незначительны. Во всяком случае, могут иметь предпочтение выраженные седативные свойства (например, тримипрамин или амитриптилин) при ажитированной депрессии. Впрочем, выбор препаратов скорее определяется производимым эффектом, при использовании ингибиторов обратного захвата серотонина выявляется относительно немного побочных эффектов.

Комбинации с другими медикаментами (при этом необходимо обращать внимание на их взаимодействие):

- комбинировать многие антидепрессанты нет смысла;
- транквилизаторы дополнительно полезны при беспокойстве, страхе и расстройствах сна;
- β-блокаторы помогают при беспокойстве и вызванном антидепрессантами треморе;
- нейролептики или литий могут усилить антидепрессивный эффект (см. ниже);

- дигидроэрготамин регулярно комбинируют с трициклическими антидепрессантами, чтобы компенсировать его дизортостатическое действие на кровообращение.

Длительность и окончание лечения. Соответственно длительности меланхолической фазы должно продолжаться и антидепрессивное лечение. Большинство больных может само определять, закончилась фаза или еще сохраняются ее остатки. Требуется продолжительное лечение еще несколько месяцев после окончания фазы, чтобы предупредить возможность рецидивов. Рецидивы бывают вдвое чаще после раннего прекращения лечения, чем после длительного лечения. В сомнительных случаях всегда лучше лечить подольше. Редуцирование доз должно проводиться ступенчато.

Результаты. Антидепрессивный эффект этих лекарств проверен многочисленными исследованиями. Показатель успеха при меланхолиях лежит в пределах 70 %, это значительно выше, чем при применении плацебо. Благоприятный результат заключается в сокращении фазы (на рис. 22 это случай *в* в сопоставлении со спонтанным течением *а* и *б*), которое редко проходит как таковое, а часто в форме провоцирования последующего гипоманиакального подъема (случай *г*). Как правило, происходит не полная ликвидация депрессии, а ее значительная редукция (случай *д*). Поэтому стационарное лечение или отвергается, или сокращается. Больной снова занимается повседневными и профессиональными обязанностями, даже если остаточная меланхолическая симптоматика длительное время сохраняется, фаза протекает по своим собственным закономерностям (с облегченной симптоматикой). У 30 % больных лечение не достигает цели (см. рис. 22, случай *е*). Предиктором благоприятного или раннего терапевтического эффекта являются особенно выраженные витальные расстройства, что имеет значение для всех антидепрессивных мероприятий.

Стандартное лечение. Для лечения больных меланхолией недостаточно предписания одних антидепрессантных препаратов. Стандартное лечение состоит из комбинации фармакотерапии с терапией бодрствованием, поддержанной постоянной психотерапией. При бредовых и других очень тяжелых меланхолиях начинают с нейролептиков (например, галоперидол в 2 приема по 4—8 мг), затем их комбинируют с антидепрессантами.

Терапия бодрствованием (лишение сна) особенно эффективна при меланхолии и показана как в начале лечения, так и повтор-

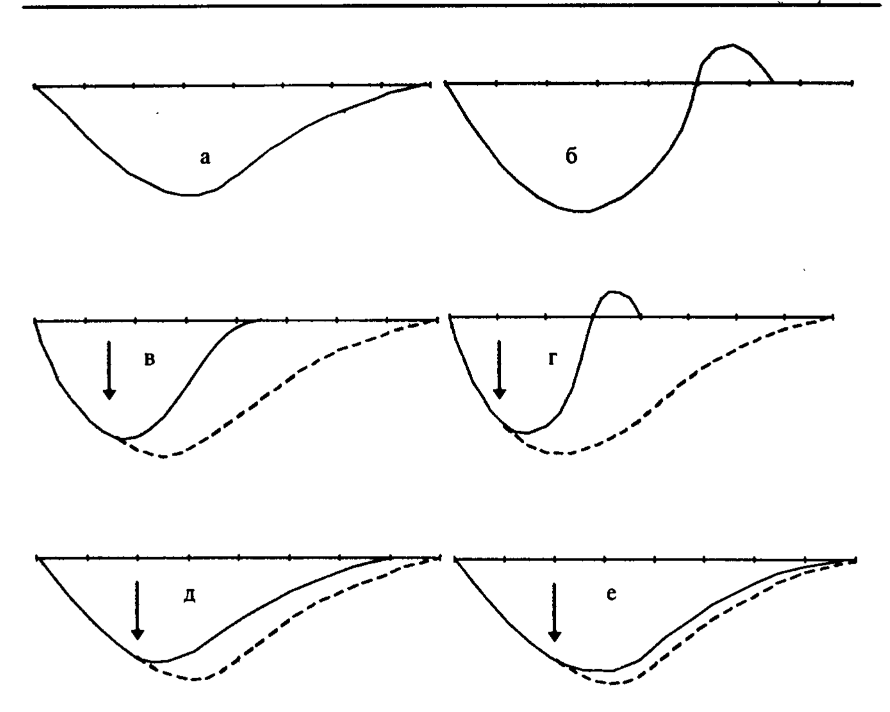


Рис.22. Меланхолическая фаза и антидепрессивное лечение (схематично). *Деления* – недели или месяцы; *прерывистые линии* – сравнение с ожидаемым спонтанным течением. Частности в тексте

но при дальнейшем течении, лучше всего в комбинации с антидепрессантами. Она может помочь при фармакорезистентных меланхолиях и заменить судорожную терапию.

Судорожная терапия. Электросудорожная терапия (ЭСТ) – это эффективное антидепрессивное лечение. Долгое время она была единственной лечебной возможностью для больных меланхолией. Сегодня она применяется реже, но имеет определенные показания как очень полезное, иногда спасающее жизнь средство. Особенно это касается лечения самых тяжелых меланхолий с высокой опасностью суицида, нигилистическим бредом и(или) ступорозным состоянием. Кроме того, судорожную терапию проводят тогда, когда другие средства не помогают или когда лечение предыдущих фаз показало преимущественный эффект судорожной терапии по сравнению с другими средствами.

Меры при так называемой резистентной к терапии меланхолии. Резистентность к терапии определяется по-разному; чаще гово-

рят о «фармакологической рефрактерности», т. е. тогда, когда применялось только лекарственное лечение. Исходя из описанного стандартного лечения, при стойкой меланхолии требуются следующие меры:

- повышение в 1,5 раза указанной в табл. 7 дозировки;
- назначение (через 2 или самое позднее через 4 недели) другого антидепрессанта; при этом предпочтительна смена преимущественно адренергического антидепрессанта (такого как дезипрамин или мапротилин) на селективный ингибитор обратного захвата серотонина (см. табл. 7). Вообще от повторного изменения медикаментов, возможно, так же мало пользы, как и от инфузии антидепрессантов;
- если предстоит смена лекарств, может быть полезна внезапная отмена антидепрессанта (позитивный эффект отмены в течение дня; едва ли возможен эффект рикошета), а также интервал в приеме препаратов от 1 до 2 недель;
- добавление лития (с постепенным наращиванием);
- ингибиторы МАО являются альтернативой три- и тетрациклическим антидепрессантам; до и после селективного ингибитора обратного захвата серотонина (SSRI) требуется пауза в 1—2 недели. На возможность комбинирования селективного ингибитора МАО и трициклических антидепрессантов существуют разные взгляды; комбинаций с SSRI необходимо избегать;
- электросудорожная терапия — лучшее средство преодоления терапевтической резистентности меланхолии;
- иногда помогает небольшой курс инсулина;
- можно использовать гормон щитовидной железы (Т3) при быстрых циклах.

Длительно сохраняющийся приступ и резистентность — это не только соматотерапевтическая проблема. Следует помнить, что ситуационные или невротические факторы могут затруднить *выход* из меланхолической фазы. При предшествующем невротическом развитии меланхолическая фаза протекает особенно тяжело и стойко. Соматотерапия и психотерапия должны тогда идти рука об руку.

Меланхолически-маниакальные смешанные состояния. Если преобладают меланхолические элементы, то следует лечить антидепрессантами, при преимущественно маниакальных — нейролептиками. Однако лечение затруднительно, поскольку смешанные состояния часто так изменчивы и вариабельны, что фармакотерапия не успевает за ними. Поэтому не следует слишком быстро менять препараты, а более высокие дозы нейролептиков необходимо даже редуцировать. В сомнительных случаях надо давать нейролептики с антидепрессивным действием (например, меллерил, таксилан и др.).

Расстройства сна как самые частые симптомы меланхолии могут смягчаться антидепрессантными препаратами, но некоторые антидепрессанты способны его усиливать. Дневной режим надо регулировать: не спать после обеда и не ложиться рано на ночь. Обе эти меры больные вначале воспри-

нимают как принуждение, а затем начинают осознавать пользу глубокого ночного сна. Непрерывного сна до утра достичь не удается, даже с помощью снотворных. Часто бывает лучше, когда больной встает рано утром и старается чем-то заняться. Вызывать продление сна нецелесообразно по двум причинам: снотворные средства ограничивают действие антидепрессантов и продолжительный сон не способствует лечению. С другой стороны, врач должен помогать в бессонные ночи мучающемуся от этого больному. Кстати, как антидепрессивное и одновременно снотворное действует 5-гидрокситриптофан (левотим).

Психотерапия. Наряду с соматотерапией для больных меланхолией необходима психотерапия по следующим причинам: больной нуждается в изменении психотерапевтическим путем своих глубоких меланхолических сдвигов в переживаниях; вследствие отрыва от жизни из-за болезни ситуация может так перемениться, что возникнут новые проблемы и их надо будет решать; к тому же для предстоящих конфликтов может также понадобиться психотерапия.

Психотерапия меланхоликов следует определенным правилам, отличным от психотерапии других депрессивных состояний. На первом месте, в том числе во временной последовательности, стоит *коммуникативная психотерапия* по Шульте, в том числе *партиципативная психотерапия* по Бенедетти.

Доступ к меланхолическому больному нелегок. Здоровый не может вчувствоваться в меланхолическое состояние. Больной знает это и отвергает уверения, что его понимают. Также фальшиво звучат разубеждение больного в его жалобах и попытки ободрить его. Вместо того чтобы утешать и успокаивать больного, врач должен постоянно выслушивать эти жалобы и относиться к ним серьезно. Нужно воспринимать больного, какой он есть, с его жалобами и самобичеванием; это важнее, чем указывать, что меланхолическое чувство вины и страх за будущее необоснованны. «Решающим является то, что меланхолический больной может регулярно доходить до понимания, что никакое торможение, никакое самообвинение и никакие разоблачения врача не могут его оттолкнуть от больного, он остается с ним. Удивительно, как высоко это оценивается, привязывает и облегчает» (Шульте).

Больной меланхолией нуждается во враче, который не разочарует его в случае неуспеха терапии и не усугубит отчаяние больного, который сильнее больного, способнее его и может поддерживать отчаявшегося больного. Даже, казалось бы, абсолютно потерявший надежду больной, который отвергает любое ободрение, ждет в своей беспомощности убеждения, что его де-

прессия кончится (когда это произойдет, врач предсказать не может). Он настроен на повторное выслушивание этого уверения, а также на повторную информацию о деталях его болезни и лечения. Даже если врач определил возможности лечения и хороший прогноз, он должен одновременно подчеркивать, сколь глубоко чувство безнадежности у больного, так как иначе больной будет только выслушивать с недоверием уверения и считать себя непонятым. Сообщение больного после окончания фазы показывает, что врач придал больному больше стойкости и уверенности, чем он сам предполагал. При этом надо бережно сохранять перенос и контрперенос. Это же относится и к близким родственникам, которые часто бывают сами удручены тем, что должны участвовать в лечении.

Мысли о возможном *суициде* должны смягчаться у больного постольку, поскольку он еще видит путь к этому открытым. Об этом врач должен говорить с больным откровенно. Бессмысленно удерживать его от суицида ограничительными мерами. Если больной чувствует себя отрезанным от своего последнего выхода, он будет еще настойчивее искать пути немедленной реализации своего суицидального намерения. Личная связь с врачом — лучшее средство предупреждения суицида.

Психотерапия меланхолии не должна ограничиваться этим «сопровождением» с тех пор, как появилось успешное соматическое лечение. Если врач назначает эффективное средство, к нему растет доверие пациента. Лекарственное лечение убеждает больного, что он действительно болен, что лекарство дает ему облегчение. Часто больным осмысливается проблема заболеть «без причины». Безосновательность болезненного процесса особенно тяжело воспринимается, когда при многофазном течении интервалы становятся короче. Надежда на профилактику с помощью лития очень полезна.

Программа *поведенческой терапии* скорее направлена на невротические депрессии, особенно для целенаправленных побуждений и соответствующих задач, но может быть полезна и при меланхолии. Но при меланхолии полезно только осторожное активирование, без твердого плана во времени, требования могут повышаться лишь постепенно. В сомнительных случаях щажение имеет преимущество перед активированием.

Когнитивный компонент терапии депрессии (А. Бек) направлен на депрессивные представления и переживания, связанные с чувством безнадежности и вины. Эти так называемые негативные и дефектные познания определяются в частностях, в их связях с конкретными жизненными ситуациями и способами поведения, анализируются окружающими лицами и диалектически перерабатываются. Контраргументы развиваются и усиливаются в смысле позитивных альтернатив. Когнитивная терапия показана таким

больным не в самой глубокой меланхолии, она особенно показана при проблемах выхода из фазы.

Интерперсональная психотерапия, особенно показанная депрессивным пациентам, работает проблемно- и конфликтцентрированно (без ограничения направленности), с использованием психодинамических методик, а также подходов когнитивной и поведенческой терапии. Терапевтические отношения не являются основными, а прорабатываются лишь при негативных результатах.

Психодинамические, конфликтцентрированные виды психотерапии показаны не при каждой меланхолии, а только в определенных ситуациях. Хотя многие больные переносят на врача свои трудности и конфликты, но они возникают преимущественно из их меланхолических переживаний и ликвидируются в период ремиссий. Если не учитывать этого, то можно диагностировать реактивную депрессию или «реактивную ее часть» и предпринять ложные меры по психотерапии, а именно психодинамическую психотерапию, которая превышает силы больного меланхолией, дополнительно его отягощает и усиливает чувство вины. Отчаяние и усиленная суицидальность могут стать опасным последствием такой процедуры.

С другой стороны, больные (а нередко и их родственники) ищут «причины» болезни и ожидают психотерапию. В этой трудной ситуации врач должен поступать так: меланхолические идеи виновности и конфликты подвергнуть описанной коммуникативной психотерапии, т. е. выслушивать и обсуждать, но не перерабатывать. Если же анамнез указывает, что заболеванию предшествовали серьезные невротические конфликты, то психодинамическая психотерапия показана, но она должна начинаться на спаде фазы и продолжаться в интервале заболевания. Эта психотерапия ориентирована на личность и нацелена на конфликты, а не на симптомы заболевания.

Большинство больных меланхолией в здоровом *интервале* не нуждается ни в какой систематической психотерапии. Но многие придают большое значение сохранению контакта с врачом. Этим больным предлагаются периодические встречи, даже если не проводится медикаментозная профилактика.

Обзор методов лечения депрессий

После того как в предшествующей главе были изложены методы лечения реактивных и невротических депрессий и представлена терапия меланхолий, нужно отметить, что дифференциально-диагностическое деление в области депрессий не всегда удается, во всяком случае, к началу лечения. Так, депрессия может начаться реактивно, а затем проявить меланхолическую симптоматику. Или однозначная невротическая депрессия переходит временами в более глубокое меланхолическое расстройство с витальной симптоматикой. Нередко обнаруживаются течение и симптоматика меланхолии, а при более тщательном изучении пациента становится ясным нарастающее тяжелое невротическое развитие.

Когда необходимо начинать лечение депрессивного больного до абсолютной уверенности в установленном диагнозе, врач стоит перед трудностью выбора. При этом ему помогает лишь то,

что многие антидепрессантные средства применимы при разных формах депрессий. Это хорошо показано на рис. 23. Исходя из предложенной схемы, можно выделить следующие *правила лечения депрессий, которые выходят за пределы диагноза*:

- психотерапевтическая нацеленность — это всегда основная задача;
- при всех тяжелых депрессиях, а не только при меланхолиях вначале показана коммуникативная психотерапия;
- дополнительно возможна когнитивная терапия, которая может быть показана при невротически-депрессивных и меланхолических заболеваниях;
- соматотерапия полезна и при тяжелых невротических реакциях и при неврозах, а именно антидепрессантные медикаменты в щадящих дозах и, возможно, терапия бодрствованием;
- релаксирующие методики в целом *не* показаны.

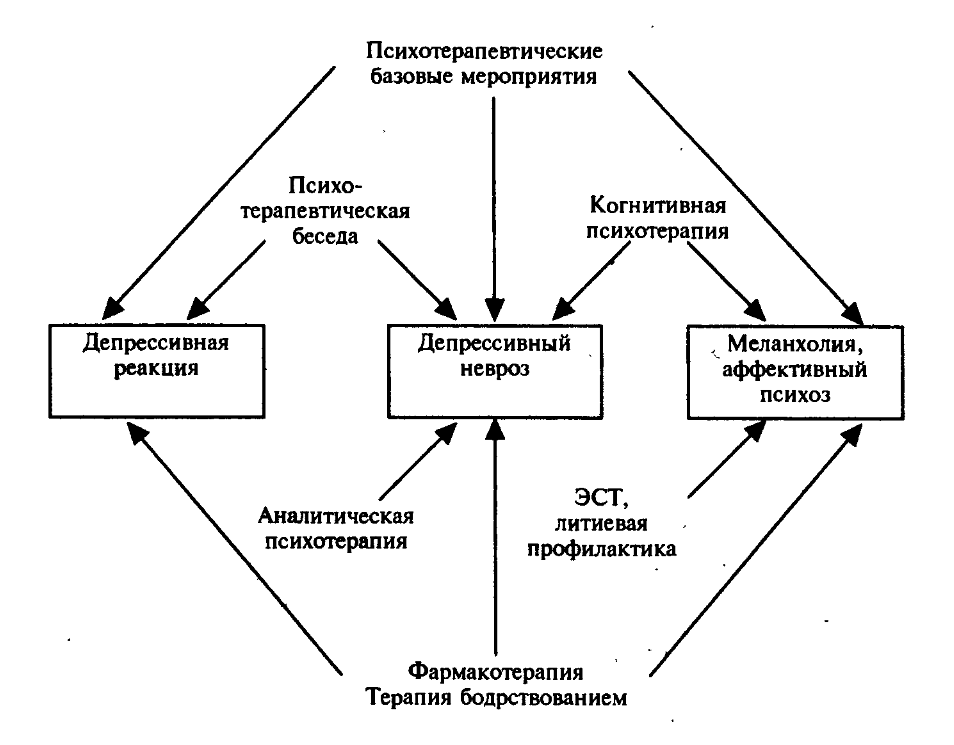


Рис. 23. Обзор видов лечения депрессий (по Виндгассену)

Лишь немногие мероприятия ограниченно применимы при депрессивных формах: ЭСТ и литиевая профилактика при меланхолиях, длительная психотерапия при депрессивных реакциях и неврозах, аналитическая терапия только при последних.

Соответственно следует сказать и об органически-депрессивных синдромах. Даже если депрессия обусловлена церебральным или общесоматическим заболеванием, для соматотерапии приемлемы те же правила (при соматических заболеваниях необходимо обращать внимание на переносимость антидепрессантов), для психотерапии подходят те же показания.

Подобные правила служат введением в лечение депрессивных больных в диагностически трудных случаях: они не должны препятствовать установлению диагноза и дифференциального диагноза, хотя по возможности точный диагноз в этой области служит залогом целенаправленного и эффективного лечения.

Лечение маний

Лечение маниакальных больных по некоторым причинам достаточно затруднительно. Большинство этих больных не чувствуют себя больными и не склонны к лечению. Трудно убеждать их в пользе и необходимости терапии, особенно, если при этом лечение неизбежно связано с ограничением активной жизнедеятельности (постановка на учет, возможное помещение в стационар). С другой стороны, врач не может ждать, так как даже при легкой мании существует опасность ухудшения, которое в любом случае связано с социальными осложнениями. Практически у всех без исключения маниакальных больных выявляются существенные конфликты в одной или нескольких жизненных сферах. Отмечаются заболевания и у родственников, у больных манией среди членов семьи отмечается большая склонность к меланхолическим состояниям.

При выраженной мании в интересах больного необходимо стационарное лечение. Многие больные не в состоянии это осмыслить, так как не считают себя больными. Далее нужно, чтобы врач при описании больному его состояния пользовался свободными от оценок терминами (излишне подвижный, слишком крученый), чтобы этим указать на риск для больного (перекрутиться, перевернуться, потерять самоконтроль). Если понимание не достигается и грозят серьезные социальные осложнения, для стационарного лечения необходимо оформить судебное предписание.

Обхождение с маниакальными больными часто довольно трудное, нельзя ни пытаться прервать оживленность больного, ни провоцировать его настойчивость и агрессивность. Не следует приводить аргументы против представлений маниакального больного и реагировать на его шутливость и болтливость так же, как и он, т. е. входить в его болезнь, но надо стараться воспринимать больного всерьез как личность, несмотря на его деловитость при бессмысленности действий. Как показывает опыт сдержанности, если больному дать выговориться и притом слушать его, он становится спокойнее. Больной по возможности должен быть изолирован от внешних раздражителей и влияния громких и возбудимых больных. Обращаться к нему необходимо приветливо и уважительно, предоставлять ему по возможности больше игровой деятельности. В то же время следует оберегать его от бессмысленной деятельности.

Для фармакотерапии имеются две возможности.

Нейролептики в достаточной дозировке при мании действуют очень быстро, в 1–2 дня, при парентеральном введении еще быстрее. Медикаменты приведены в табл. 5 (особенно группы 3 и 6); правила лечения соответствуют таковым при шизофрениях. Из-за побочного действия нейролептиков невыгодно, хотя часто и приходится, начинать с высоких доз.

Соли лития действуют антиманиакально благодаря седативным свойствам (о показаниях к профилактике и о деталях см. следующую главу). Хорошая переносимость делает их предпочтительными по сравнению с нейролептиками; затруднительно лишь комбинированное применение медикаментов, что ограничивает их использование в стационаре, и довольно позднее наступление эффекта (около недели). При тяжелой мании приходится продолжать дачу нейролептиков, хотя их комбинация с литием может приводить к его непереносимости (вегетативные симптомы, тремор, гипокинезия, усталость, психоорганические симптомы).

Лучше ли давать нейролептики или соли лития, решать надо в каждом отдельном случае. При тяжелых и рефрактерных к фармакотерапии маниях может помочь электросудорожная терапия.

Попытки серьезной *психотерапии* в период острой мании не удаются из-за неправильной самооценки и повышенного самочувствия больного. При отзвучавшей мании или в интервале психотерапевтически могут обрабатываться некоторые провоцировавшие переживания из преддверия мании.

Профилактика аффективных психозов

Соли лития, седативные свойства которых известны издавна и сегодня используются при лечении маний, уже свыше 100 лет назад применялись для *профилактики фаз* аффективных психозов, что, однако, было забыто, пока в 60-х годах показания к ним снова не были определены и повсеместно распространены. Причем речь идет не о профилактике рецидива в пределах одной фазы, а о предупреждении повторного заболевания. Это действие установлено многочисленными систематическими исследованиями с помощью разных методик. У 70 % больных дальнейшие депрессивные или маниакальные фазы не развиваются или становятся явно реже, короче и легче. Во многих случаях результат проявляется спустя полгода от начала приема лекарства (рецидивы в этот период не должны приводить к отказу от его приема) и может исчерпываться только после многолетнего приема.

Показания. Профилактика литием показана при всех многофазных аффективных и шизофренических психозах уже после второй маниакальной фазы. Если при монополярной меланхолии вторая фаза развивается более чем через 5 лет после первой, то с литием можно подождать. При аффективных психозах у юношей сразу необходимо проводить профилактику литием, так как это заболевание у них может переходить в шизофренический психоз.

Дачу препарата лучше всего начинать при стихании фазы, когда больной уже проявляет достаточную критику и готовность к кооперации и не нуждается в высоких дозах антидепрессантов или нейролептиков. Комбинация этих лекарств с литием возможна, но у ряда больных она усиливает побочные эффекты. Перед назначением электросудорожной терапии надо прекратить лечение литием за несколько дней.

Как долго проводить дачу лекарства, еще не ясно. После многолетней ремиссии дозу можно осторожно редуцировать (вначале в течение года оставаться на дозе препарата, дающей в сыворотке крови показатели на уровне 0,3–0,5 ммоль), прежде чем прекратить.

Наряду с этим профилактическим применением имеются уже указанные терапевтические показания к солям лития: при мании, комбинации с антидепрессантами при резистентной к терапии меланхолии.

Дозы: в большинстве случаев необходима доза от 30 до 42 ммоль в день, но в каждом отдельном случае она тщательно подбирается. Начинают обычно с постепенного наращивания дозы (см. табл. 3).

Определение уровня лития в сыворотке крови обязательно. Для профилактики необходима концентрация 0,6–0,8 ммоль/л (через 12 ч после последнего приема); у юных пациентов и при курационном применении и до 1,0 ммоль/л. Более высокие дозы и соответственно концентрация в сыворот-

ке нежелательны ввиду малой терапевтической широты лития. С дозы 1,6 ммоль/л начинаются токсические явления (см. ниже), а при одновременном недостатке кальция и солей натрия еще раньше. Одновременно применяемые анальгетики и противоревматические препараты могут снизить ренальный клиренс лития, поэтому в подобных случаях дозировки лития должны быть особенно осторожными, их надо тщательно контролировать.

Таблица 3. **Препараты лития**

Торговое название	Действующее вещество таблеток и капсул	Дневные дозы (таблетки)[б]
Квилон (Квилонорм)	536 мг лития ацетата соответствует 8,1 ммоль лития	2 – 6
Гипнорекс ретард[а] (Нейролепсин)	400 мг лития карбоната соответствует 10,8 ммоль лития	2 – 5
Квилон ретард[а]	450 мг лития карбоната соответствует 12,2 ммоль лития	1 – 4
Литий-дурилес[а] (Литиофор)	330 мг лития сульфата соответствует 6,0 ммоль лития	2 – 8

Примечания: а – ретард-препарат; б – дозы индивидуально очень различны (см. текст).

Определение уровня лития возможно в любой большой медицинской лаборатории. Для этой цели присылается сыворотка. Контроль должен проводиться вначале еженедельно, затем ежемесячно, а позже ежеквартально. Толерантность даже при длительном лечении не меняется, но интеркуррентные заболевания, особенно с поражением почек, факторы питания и т. п., могут менять его выделение и тем самым концентрацию.

Побочные действия. Назначение лития при осторожной дозировке хорошо переносится. Некоторые побочные действия относительно часты, но безобидны.

Тремор (мелкий до среднего) и легкое нарушение координации. Противодействие: несколько снизить дозу и перенести прием на вечер, перейти на препарат-ретард, добавить β-блокаторы, например пропранолол (доцитон 20 – 40 – 80 мг в день, лучше принимать не регулярно, а по мере необходимости). При сердечно-сосудистых заболеваниях и при астме β-блокаторы противопоказаны.

Жажда, питье в больших количествах и полиурия (обратимый несахарный диабет). Против этих и других побочных эффектов бывает достаточно снижения дозы.

Повышение массы тела – примерно у 20 % больных. Против этого необходима диета со снижением калорийности, но без уменьшения солей.

Сексуальная функция может снижаться.

Редкие побочные действия.

Лейкоцитоз, угри, активирование псориаза, диарея и другие желудочно-кишечные расстройства, сердечные аритмии, легкие отеки лица и лодыжек. Против этого – снижение дозы.

Эутиреоидный *зоб* встречается несколько чаще. Мероприятия по его устранению – дача тироксина, например 0,5 или 1 таблетка «новотираль мите»; реже – гипофункция щитовидной железы, поэтому до начала лечения, а затем с полу- или одногодичными промежутками в процессе лечения контролировать функцию щитовидной железы (окружность шеи, тесты).

Функция почек: иногда происходит снижение ренальной концентрационной способности (уровень гломерулярной фильтрации при этом не нарушен); эти нарушения распознаются поначалу по повышению уровня лития в сыворотке при одинаковых дозах приема и по подъему уровня креатинина в сыворотке крови. У больных развивается полиурия и при неожиданном ограничении поглощения жидкости возникает опасность дегидратации. Морфологические изменения почек встречаются редко и их нельзя с уверенностью связать с действием лития.

Психические побочные явления редки и слабо выражены. Некоторые больные чувствуют определенную пассивность и равнодушие, отстраненность от окружающего мира; при этом многие больные сравнивают свое состояние с периодами маниакального вдохновения. Снижение творческой активности, особенно у людей художественного творчества, нельзя определить с уверенностью, чаще продуктивность даже улучшается.

Противопоказания – болезни сердца, кровообращения и почек, далее болезни, требующие диеты с ограничением соли и в целом болезнь Аддисона. Относительные противопоказания включают эпилепсию, миастению, гипотиреоз, мозжечковые расстройства. Если больной получает диуретики, нужна чрезвычайная осторожность, так как повышенное выведение натрия может привести к кумуляции лития и интоксикации.

Относительно возможного неблагоприятного *взаимодействия лекарственных веществ* необходимо учитывать прием тиазида, метилдопы, антагонистов кальция, теофиллина, блокаторов АПФ, фенилбутазона. При ожидающейся и уже наступившей беременности литий не назначают (из-за возможного тератогенного эффекта). Поскольку литий переходит в грудное молоко, нельзя кормить грудью.

При *передозировке* наступают головокружение, боли в теле, тошнота, рвота, диарея, жажда, оглушенность, мышечная слабость и тремор. *Отравления* проявляются сомноленцией или комой, оцепенением, фасцикуляцией, судорогами, припадками, нарушением почечной функции с олигурией. Диагностически решающим является уровень лития в сыворотке, в сомнительных случаях – также в эритроцитах из-за длительного времени достижения половинной концентрации. Надежный антидот неизвестен. Инфузии натрия не дают первоначально ожидавшегося результата. Используются общие приемы дезинтоксикации, включая форсированный диурез, перитонеальный диализ или гемодиализ.

О *механизмах действия* лития до сих пор известно мало достоверного.

Ошибки в лечении. Литиевая профилактика ставит перед врачами и больными необходимость особенно тщательного выполнения всех требований. Наиболее частые ошибки лечения: неправильно определенные показания при недостоверной диагностике, недостаточные начальные и контрольные наблюдения, недостаточная дозировка или передозировка, недостаточный комплайенс.

Такая профилактика при «эндогенном» психозе является большим успехом психиатрии и медицины вообще. К тому же литий является препаратом первого выбора (при униполярных и биполярных формах течения). Также возможен профилактический прием *антидепрессантов* при униполярной ме-

ланхолии с тенденцией к хроническому течению. Альтернативой литию определенно являются *противосудорожные* препараты, в частности карбамазепин.

Карбамазепин (тегретол, тимонил, сиртал) действует профилактически при фазах униполярного и биполярного аффективного психоза, возможно, даже в меньших дозах, чем литий. Если литий неэффективен, рекомендуется его комбинация с карбамазепином или переход на карбамазепин.

Карбамазепин начинают принимать осторожно и дозы повышают постепенно. Уровень его в сыворотке крови должен составлять 4—10 мг/мл, для чего требуется прием от 200 до 800 мг карбамазепина в день или в ретардной форме.

Побочные действия сходны с таковыми при трициклических нейролептиках и антидепрессантах (отсюда одинаковые контрольные исследования), те же желудочно-кишечные расстройства и аллергические кожные реакции. Более редкие осложнения — агранулоцитоз и апластическая анемия, а также гепатит. Карбамазепин понижает уровень нейролептиков в сыворотке крови и ограничивает эффект веществ, тормозящих овуляцию. Карбамазепин не должен назначаться вместе с ингибиторами МАО. Противопоказания — атриовентрикулярная блокада высокой степени и тяжелые нарушения функции печени. При употреблении карбамазепина отмечается некоторый риск неправильного формирования плода (микроаномалии).

Карбамазепин действует меньше антидепрессивно и умеренно антиманиакально.

К правовой экспертной оценке

Меланхолические больные сравнительно редко попадают на судебно-психиатрическую экспертизу. При так называемом *расширенном суициде* в самоубийство втягиваются родные или другие близкие люди без их ведома. Мотивации к этому возникают из меланхолического настроения, в котором больной для себя и для своих близких видит будущее безнадежным, и далее — сочувствие; больной стремится уменьшить страдания своих близких, их нужду и позор (тенденция взять их с собой); другие считают, что нужно принять смерть только вместе с родными, так как иначе уважение и близость к родным приведут его к воздержанию от суицида. Если этот расширенный суицид остановится на полдороге, т. е. больной выживет после своего суицида или после попытки или даже после осуществления убийства больше не будет предпринимать этих попыток, встанет вопрос о его обвинении. При выраженной меланхолии и при других тяжелых депрессиях больные признаются невменяемыми. Это же относится к расширенным суицидам со стремлением взять всех с собой, которое

касается жизненного пространства, жилья или имущества (поджоги) и суицидов на уличном транспорте.

Наказуемые действия у *маниакальных* личностей — это скорее всего деликты в отношении собственности и нравственности. При установленном диагнозе ответственность исключается. Дифференциальный диагноз с гипертимными личностями в таких случаях особенно важен.

Больные с выраженной меланхолией или в маниакальной фазе недееспособны и неответственны за завещания. При выраженной мании встает вопрос об *опеке*, а чаще о судебном *помещении в больницу*.

Профессиональная или трудовая непригодность наступает при аффективных психозах редко, кроме пожилых больных с длительными и частыми фазами. При профилактике литием улучшается и прогноз трудоспособности.

Во время меланхолической и еще скорее во время маниакальной фазы встает вопрос о *вождении транспорта*, которое может быть ограничено или исключено. После окончания фазы эта возможность обычно восстанавливается, но нужно обращать внимание на действие психофармакологических средств. Поскольку больные обычно не ставят вопрос о вождении, врач должен сам проявлять инициативу, посоветовать больному и защитить его от несправедливого лишения прав.

ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

После того как описаны шизофренические и аффективные психозы, следует указать, что эти заболевания пересекаются. В целом психозы этой пересекающейся области относительно редки. Преимущественно возможно отнесение их к шизофрениям или к аффективным психозам на основе преобладающей симптоматики. Там, где поперечный срез симптомов затрудняет дифференциальный диагноз, при последующем течении определяют, к какому кругу психозов принадлежит это заболевание. Важно помнить, что при аффективных синдромах (меланхолиях и маниях) могут вкрапляться отдельные шизофренические симптомы, без того, чтобы возбуждать сомнение в диагнозе. С другой стороны, в течении шизофрений наблюдаются меланхолические или маниакальные фазы; при этом может встать вопрос о сочетании шизофрении и аффективного психоза.

Но существуют психозы, которые стоят между шизофрениями и аффективными психозами. Они называются смешанными психозами или промежуточными психозами, а также интермедиарными психозами, легированными психозами, атипичными эндогенными психозами, эмоциональными психозами или циклоидными психозами. Это множество названий указывает на нерешенность проблемы. Сегодня они называются *шизоаффективными психозами*.

Дефиниция их не имеет единства и зависит в основном от того, рассматривается ли различие только по признакам симптоматики или также по течению.

Понятие смешанных психозов не нужно путать со смешанными состояниями и пограничными психозами. Смешанные состояния – это та психопатологическая перекрестная картина, в которой смешаны меланхолические и маниакальные симптомы; те и другие принадлежат к аффективным психозам. Пограничные психозы (пограничный синдром) стоят в переходной зоне между шизофрениями и неврозами.

Симптоматика. Она состоит из меланхолических или маниакальных симптомов, с одной стороны, и шизофренических нарушений – с другой, особенно кататонических, параноидных и галлюцинаторных симптомов, а также из разорванности мышления и других основных симптомов. Картина симптомов вариабельна, в том числе и у одного больного и от одного к другому психотическому эпизоду, не выявляя закономерностей.

Течение. Эти психозы редко протекают хронически-прогредиентно, чаще фазами с рецидивированием. По аффективным симптомам различают униполярное и биполярное течение. Даже и при преимущественно шизофренической симптоматике бывает фазное течение с интервалами, как, например, при эпизодической кататонии.

Средний возраст заболевания начинается раньше, чем при аффективных психозах. В ряде случаев заболевание начинается с меланхолии или мании и лишь потом к нему присоединяются шизофренические симптомы, в других случаях наоборот, а многие с самого начала имеют смешанную симптоматику. Фазы многочисленны, частично короткие, частично с длительными светлыми интервалами. Многие фазы дают выздоровление, но резидуальные состояния бывают относительно чаще, чем при аффективных психозах.

Отличать шизоаффективные психозы по их формам (и по симптоматике) от шизофрении особенно важно в свете возможной профилактики.

Классификация. По МКБ 10 шизоаффективные психозы разделены между шизофреническими расстройствами (F25.0) и шизодепрессивными расстройствами (F25.1), а также между смешанными формами (F25.2).

Этиология. Среди родственников имеются случаи шизофренических и аффективных психозов всех видов; семейная картина так же гетерогенна, как и клиническая картина болезни. Данные говорят за генетический фактор, без того, чтобы дать более кон-

кретные факты и обосновать самостоятельность шизоаффективных психозов. Впрочем, здесь правильнее говорить о многопричинной этиологии, как при шизофрении, так и при аффективных психозах, и особенно о психореактивных провоцирующих факторах.

Лечение. В острых случаях лечение направлено на симптоматику. Шизофренические симптомы лечатся нейролептиками, маниакальные – нейролептиками или солями лития, меланхолические картины – антидепрессантами, терапией бодрствованием. Если во время психотического эпизода меняется симптоматика, необходимо своевременно менять и лечение. На электросудорожную терапию шизоаффективные психозы часто хорошо реагируют.

Психотерапевтическое лечение связывают с актуальными конфликтами и стрессами и оно направлено на преодоление болезни и ее психосоциальных последствий.

Профилактика: при шизоаффективных психозах также установлено, что лечение болезни хорошо поддается солям лития (а также, вероятно, карбамазепину); показатели успеха лишь немногим меньше, чем при аффективных психозах.

Нозология. Из наблюдений над шизоаффективными психозами психиатрическая нозология выводит два следствия, оба они отклоняются от крепелиновской дихотомии. С одной стороны, наличие шизоаффективных психозов является аргументом в пользу концепции единого эндогенного психоза, т. е. континуума эндогенных психозов. За теорию единого психоза, или психоза универсального генеза, в настоящее время говорит меньше аргументов, чем за дихотомическую нозологию. Не исключается и возможность, что больной шизофренией заболеет меланхолией, что у одного человека могут возникнуть две болезни.

С другой стороны, предпринимаются попытки точнее дифференцировать заболевания в области «эндогенных» психозов и доказать большее количество нозологических единиц (Вернике, Клейст, Леонгард и др.). Однако ни клинически, ни генетически не доказана самостоятельность этих заболеваний. В одних случаях речь идет о синдромах, которые входят в круг шизофрении или аффективных психозов, в других – это смешанные психозы из пересечения обоих. Но если даже не разделять нозологических воззрений этих авторов, можно видеть, что они детально описали целый ряд смешанных психозов, так называемых *циклоидных психозов*.

Специальные формы: циклоидные психозы – подразделяются на психозы страха-счастья, возбужденно-заторможенной спутанности и на гиперкинетически-акинетические двигательные психозы. Формулировки эти свидетельствуют о том, что речь идет о парах противоположностей, сходно с полярностью понятия меланхолически-маниакальный. Психотические синдромы могут

сменять друг друга у одного и того же больного и возможны переходы между тремя группами, например между психозами страха-счастья и двигательным психозом.

Психозы страха описываются двумя формами: чистый психоз страха, аналогичный меланхолии с ажитацией; основное различие заключается в том, что больной в том же приступе может перейти в состояние счастья. При относительно чистых параноидных психозах страха добавляются бред отношения и преследования, а также галлюцинации (голоса и переживания соматического воздействия).

Экстатические психозы вдохновения. Они называются также психозами счастья или *психозами страха-счастья*, потому что во время одного приступа перемежаются состояния страха и счастья, даже оба аффекта могут быть одновременно. Они отличаются от шизофрений отсутствием выраженной дезинтеграции и более короткими приступами. От мании они отличаются состояниями экстаза. Экстаз — это противоположный страху полюс, оба они являются «формами возбуждения жизненных чувств» (Лерш). «Больные чувствуют себя приподнято, часто безмерно, вплоть до силы божества, но не хотят только сиять в этой мощи, а хотят и всех других сделать счастливыми. Так возникают идеи призыва, осчастливливания, спасения. Призыв к высоким задачам чаще всего направлен к Богу, идея боговдохновления ... женщины хотят осчастливить не столько себя, сколько своих детей, как Мария Иисуса, или мужчину, стремление его возвысить, его предложение о браке они ожидают как эротически освященное чувство счастья» (Леонгард).

Этот бред является синтонным (соответствует настроению), т. е. он идет в ногу с аффективным нарушением. Расстройства восприятий менее сходны с шизофреническими галлюцинациями, это скорее псевдогаллюцинации. В зрительной области преобладают видения религиозного характера по типу эйдетических феноменов; в слуховой области речь идет о вдохновенных переживаниях: воспринимаются и воспроизводятся голоса богов, цитаты из Библии и другие религиозные тексты. *Психодинамически* многие экстатические психозы объясняются как мифизация Я.

Возбужденно-заторможенная спутанность. Ведущим симптомом является расстройство мышления. При возбуждении в этом психозе мышление имеет одновременно признаки скачки идей, как при маниях, и разорванности, как при шизофрениях (разорванный речевой поток). Шизофрению напоминают также параноидные ложные узнавания и галлюцинации, а аффективные психозы — фазное течение. Часть больных двигательно расторможена, что сходно с гиперкинетическими двигательными психозами.

Заторможенный психоз спутанности определяется заторможенным мышлением, как это бывает и при меланхолии, и, кроме того, бредом отношения и особого значения (беспомощный психоз значимости). К тому же эти больные заторможены моторно, отмечается постепенный переход к акинетическому двигательному психозу. Как правило, дело не доходит до абсолютного ступора или мутизма, но больные аспонтанны в речи и моторике, не выполняют требований и скупо отвечают на вопросы. Это отличает циклоидный психоз от кататонического ступора. Заторможенная и возбужденная спутанность может возникать поочередно. Аффективность отмечается у многих больных — то состояние страха, то экстаза.

Гиперкинетически-акинетический двигательный психоз. Для таких психозов также характерны противоположные картины. Ведущим симптомом являются нарушения моторики. Гиперкинетическая форма соответствует по

основным проявлениям кататоническому возбуждению, акинетическая — кататоническому ступору. По клинике эти двигательные психозы трудно отличить однозначно от названных шизофренических синдромов, а легче — по течению: психотические эпизоды короче, психоз протекает фазами. Двигательные психозы скорее соответствуют эпизодической кататонии. Однако имеются многочисленные переходные формы к психозам страха-счастья и прежде всего к психозам спутанности.

Течение. Начало болезни, частота фаз хорошо различимы.

Диагностика. Эти психозы достаточно ясно отличаются от шизофрений и симптоматологически, и психодинамически, а также и по отношению к терапевтическим показаниям. Кто хорошо знаком с этим кругом психозов, может легко диагностировать циклоидные психозы, даже если не часто с ними встречается.

Классификация. МКБ 10 отводит циклоидным психозам F 23 (преходящие острые психотические расстройства).

Лечение. Фармакотерапия направлена на имеющиеся в острой стадии ключевые симптомы. Долгосрочная нейролептическая терапия в целом не показана. Для *профилактики* как и при других шизоаффективных психозах подходит литий, а также карбамазепин. Показана конфликтцентрированная *психотерапия*, в особенности при экстатических психозах.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ОБЩАЯ ЧАСТЬ

К этиологии

В то время как у части до сих пор описанных болезней органические факторы их возникновения *наряду* с другими условиями этиологически актуальны, в этой и следующей главах речь пойдет о психических нарушениях, которые *всецело* или *преимущественно* вызваны явными нарушениями мозга или мозговых функций. Причины повреждений мозга разнообразны: они могут быть обусловлены сосудисто или гипоксически (сосудистые заболевания, сердечная недостаточность, остановка сердца, анемии) или воспалительно (энцефалиты, например, при ВИЧ-инфекции или сифилисе), вследствие объемных процессов (опухоли, гидроцефалии) или черепно-мозговой травмы. Нарушения мозговых функций могут быть вызваны и немозговыми заболеваниями, при которых мозг страдает вторично, например печеночная или почечная недостаточность, авитаминозы (B_{12},

фолиевая кислота, тиамин), заболевания, вызывающие авитаминоз (карциномы), токсикозы беременности, и это только некоторые наиболее частые причины. Сюда же относятся отравления алкоголем, медикаментами или наркотиками. Многие нарушения деятельности и функций мозга вызывают вначале и в основном психические проявления.

Многочисленным и различным причинам никак не соответствуют многочисленные и различные психические синдромы. Независимо от вида повреждения или функционального нарушения мозг во многом реагирует довольно единообразно ограниченным числом сходных друг с другом синдромов (К. Бонгёффер, см. рис. 13 на цв. вкл.). Таким образом, психическая симптоматика в большинстве случаев неспецифична. Она позволяет определить, *что* ее причиной является органическое заболевание, но не *какое* именно.

Частота. Органические психические расстройства часто возникают во всех медицинских отраслях (но не всегда распознаются). Эпидемиологические наблюдения на каждый данный момент определяют требующие лечения психоорганические нарушения в 2,7 % случаев. Поскольку больше половины этого числа составляют больные позднего возраста, в будущем ожидается увеличение их числа. Если же добавить преходящие и легкие расстройства, например лихорадочный делирий, кратковременные травматические послеоперационные психоорганические нарушения, то можно считать, что каждый третий человек однажды в жизни перенес органические психические расстройства в связи с соматическим заболеванием.

Терминология, нозология, классификация

Органические психические расстройства определяются этиологией и симптоматикой и должны быть соответственно диагностированы постольку, поскольку эти отношения однозначны. Однако их деление и обозначение применяются неоднозначно. Обозначение «органический» употребляется, с одной стороны, этиологически (причина), а с другой — нозологически (для обозначения группы синдромов или заболеваний). Часто употребляемый диагноз «органический психосиндром» не всеми признается. «Деменция», с одной стороны, обозначает синдром, а с другой — это понятие применяют ко многим сходным заболеваниям. Определения болезней, например, в области сосудистой деменции, также не имеют единства.

Терминологическая неопределенность приводит к тому, что для подразделения психоорганических синдромов хотя в основном и используется симптоматика, но наряду с ней учитываются

и другие аспекты, такие как возраст начала заболевания, течение и прогноз, степень тяжести заболевания, вид и локус мозгового повреждения. При этом неизбежно предварение диагноза разделом симптоматики и терминологии, что необходимо для научной проблематики в этой области психиатрии.

Как проявляются мозговые нарушения, кроме прочего, зависит от *возраста* к моменту повреждения. Отсюда различают ранний детский экзогенный психосиндром и поздно возникающий органический психосиндром (психоорганический синдром), к которому причисляется как специфическое проявление амнестический синдром (корсаковский синдром) и как самая тяжелая степень выраженности — деменция.

По *виду нарушений* различают органическое снижение деятельности и органическое изменение существования. Сегодня предпочитают понятия «деменции» и «органическое изменение личности». Если речь идет об органических выпадениях, особенно нарушениях процессов деятельности, то говорят об инструментальных нарушениях или нейропсихологических расстройствах.

Исходя из особенности *начала болезни*, острые психоорганические расстройства отграничиваются от хронических. Острыми называются органические психозы (а также экзогенные, симптоматические или соматически обусловленные психозы или острые экзогенного типа реакции), при этом выделяются различные синдромы, прототипом которых является делирий. Им противопоставляются хронически протекающие нарушения, которые в основном объединяются понятием органического психосиндрома. Но эта терминология не едина. И для острых, и для хронических нарушений используют обобщенное понятие органических психозов или органического психосиндрома.

По *степени тяжести* симптоматики раньше под понятием органических психозов или деменции оценивались только тяжелые нарушения, сейчас это оставлено.

Психоорганические расстройства также пытались делить по их *течению*. Острые органические психозы протекают обратимо, поэтому они называются переходными синдромами или функциональными психозами (не путать с функциональными психозами в рамках эндогенных психозов), но часть из них переходит в органический психосиндром (деменцию). С другой стороны, довольно часты неострые психоорганические синдромы, которые не всегда необратимы, так что критерий течения для классификации непригоден.

Относительно *причинной обусловленности* тоже нет полноценного суждения. Хотя некоторые психоорганические симптомы и синдромы при многих патогенных факторах относительно часты, однако нет никакой закономерной связи между причиной и симптоматикой.

В аспекте *общей этиологии* можно выделить (по Лаутеру) синдромы первого ранга (обычные психоорганические синдромы и психозы) и синдромы второго ранга (см. ниже).

Далее пытались провести деление по *локализации* мозговых повреждений. Описанный органический психосиндром вызывается диффузным повреждением мозга, тогда как последствия ограниченных мозговых повреждений определяются как локальные психосиндромы, например синдром лобной доли мозга, синдром ствола мозга. И все же локализационный принцип в психи-

атрии имеет меньшее значение, чем в неврологии. В то время как специфические неврологические явления выпадения и комбинации симптомов указывают относительно точно на локализацию мозгового процесса, психические последствия очаговых мозговых повреждений менее специфичны. Если они обнаруживают определенную общность при охвате разных мозговых ареалов, тогда говорят об общем локально-мозговом психосиндроме. Но эти понятия спорны, их лучше оставить. Вместо них применяют понятия субкортикальной деменции и органических изменений личности (см. ниже).

Классификация. Употреблять общепринятые понятия дальше хотя пока и не ошибочно, однако они сами постепенно окажутся ненужными, особенно в интернациональном понимании в классификации. В МКБ 10 наряду с основными понятиями деменции и делирия введены новые обозначения, которые должны употребляться клинически (см. ниже). Классифицируются они в разделе F0 в основном по психопатологическому синдрому, а также по картине болезни и по этиологии, частично дополнительно введены категории из других глав, особенно из главы G (VI) — болезни нервной системы.

Синдромы

Раннедетский экзогенный психосиндром

Если мозг повреждается уже во время раннего развития и дифференцировки, т. е. в незрелом состоянии, встречаются психические нарушения, которые обозначаются как раннедетский экзогенный психосиндром. Этот синдром четко отличается от симптоматики полученного позже повреждения мозга (поэтому и диагноз, и терапия его будут описаны уже здесь). Проявления раннедетских мозговых повреждений зависят в основном от того, насколько мозг может компенсировать эту вредность своим дальнейшим развитием. Эта компенсаторная способность зависит от двух факторов: вначале от степени повреждений, а затем от внешних условий — нагрузок, воспитания, тренировки и избегания перегрузок, что и определяет, насколько возможно выравнивание выпадения.

Очень тяжелые последствия повреждений в этой фазе приводят к невосполнимому выпадению функций, особенно к нарушению моторики (детские церебральные параличи, спастика), а также к более или менее выраженной интеллектуальной недостаточности (врожденное или рано развившееся слабоумие). Но чаще встречаются менее выраженные мозговые повреждения,

при которых названные моторные и интеллектуальные задержки уступают характерным затруднениям в учебе, частичным нарушениям деятельности и ослаблению активности, а также своеобразию характера.

Ребенок растет с осознанием своих задержек. Чувство своей неполноценности, которое во многом зависит от поведения окружающих, — это не только субъективные трудности, они соответствуют степени выраженности раннедетского экзогенного психосиндрома. Из-за психосоциальных влияний этот синдром часто трудно отличить от нормального детского поведения. С возрастом этот синдром все больше принимает отпечаток влияния окружающей среды и реакций больного на них.

Частота. О частоте раннедетского экзогенного психосиндрома трудно получить достоверные данные. Относительно частоты повреждающих влияний во время чувствительной к ним фазы развития мозга, т. е. во время беременности, родов и раннедетского развития вплоть до двух лет, данные колеблются. В 1963 г. Лемпп установил у детей, которых исследовали перед поступлением в школу, в 17 % случаев такие раннедетские осложнения (это не значит, что такой же процент надо отнести к раннедетскому экзогенному психосиндрому). Однако исходя из этих данных, можно полагать, что около 10—12 % всех детей страдают легкими или более тяжелыми формами раннедетского экзогенного психосиндрома. Даже у взрослых психически больных еще нередко обнаруживаются признаки раннедетских мозговых повреждений, которые следует оценивать как часть патогенеза этих заболеваний.

Синонимы: минимальная церебральная дисфункция (МЦД), минимальная мозговая дисфункция (ММД). Эти понятия взяты у американцев. Они отказываются от обозначения этиологии, что небезынтересно, так как сходные психопатологические синдромы могут обнаруживаться без клинически определяемых повреждений мозга. Частичные нарушения деятельности могут рассматриваться как обусловленные предрасположением варианты интеллекта и способностей. В Швейцарии говорят о ПОС-детях (психоорганический синдром).

Симптоматика. Вокруг базового симптома повышенной *возбудимости*, часто связанной с *гипердинамичностью*, группируются остальные психические симптомы, характерные, но не облигатные. Типичная картина возникает на основе этого комплекса симптомов. Неясно, принадлежит ли *гиперкинетический синдром* только этой клинике или он может проявляться самостоятельно.

Чаще всего обнаруживается *снижение способности концентрации внимания*, что проявляется в повышенной отвлекаемости и в постоянстве «непроизвольного внимания». Аффективность выражена в повышенной впечатлительности и лабильности. Побуждения часто избыточные, но стойкость их скорее ограничена. Для маленьких детей характерны нарушения чувства дистанции и часто отсутствие начального ступора при контактах; вследствие

этого детям плохо удается сохранять дистанцию и поддерживать адекватный контакт с окружающими. Результатом этого является *нарушение коммуникации.* Дети завязывают контакты легко, но не в состоянии долго их поддерживать. Низкие способности, неблагоприятное воздействие их поведения на окружающих приводят к *ущербу социальной адаптации.*

Все эти симптомы по мере роста ребенка смягчаются, хотя индивидуально по-разному и в отчетливой зависимости от отношения окружающих. Симптомы могут интерпретироваться как выражение частичной слабости деятельности и частичного нарушения активности. МКБ 10: F07.0.

Частичные нарушения активности. Частичные нарушения активности – это «снижение активности отдельных факторов или составных частей внутри больших функциональных систем, что необходимо для выполнения задач приспособления» (Грейхен). При восприятии раздражителей, их переработке и ассоциациях с новой информацией, как и при реакциях отвержения или выполнении действий речь идет об очень комплексных действиях, которые складываются из многих отдельных функций в их иерархической подчиненности. Каждый изъян и каждая ослабленность определенных функций действуют на общую способность к деятельности. Концепция частичного нарушения активности позволяет понять причину слабости адаптации и ошибочных действий. Кроме того, многие особенности поведения становятся понятными, если оценивать субъективные переживания своих слабостей и отношения к этому окружающих.

Клинически важнейшие частичные нарушения в области восприятия и дифференцировки раздражителей – это нарушение или ослабление *переработки слуховых, зрительных и тактильно-кинестетических импульсов* (последнее приводит к нарушенному ощущению положения тела в пространстве). При восприятии и ответе на раздражение нарушено программное управление, тем самым утяжеляется временной анализ информационных процессов и, одновременно, создание, адекватное ситуации удержание и осуществление плана действий. Нарушена также способность различать «правильное» и «неправильное», «важное» и «неважное», «более или менее интенсивное». Могут проявляться частичные межполушарные нарушения головного мозга: нарушены нормальное партнерское разделение и интеграция функций между двумя полушариями.

Эта концепция частичных нарушений деятельности согласуется с известной моделью нарушений развития и дифференцировки мозга (Акерт, Прехтль). Этим объясняется также тот факт, что более легкие нарушения скорее компенсируются и что упражнение и обучение во многом преодолевают эту слабость. Но могут возникнуть реактивные и невротические нарушения. Соответственно этой модели в американской психиатрии выработалось понятие *психоневротической слабости обучаемости* (Джонсон и Маклебаст), которое оставляет открытым вопрос о происхождении этих нарушений.

Частичные нарушения активности и возможности интеллектуального развития (определяемая интеллектуальным тестом средняя оценка интеллекта) во многом не зависят друг от друга. Однако эти нарушения активности во многом влияют на *структуру* интеллекта. Поэтому индивидуальные

структуры способностей детей с ранним поражением мозга при одинаковом коэффициенте интеллектуальности очень различны. Выраженная вариабельность в показателях тестов, как правило, указывает на частичные нарушения активности.

Классификация этих частичных нарушений активности по МКБ 10: под F81.

Психосоциальные взаимоотношения. Частичные нарушения активности и ранний детский экзогенный психосиндром вместе действуют неблагоприятно потому, что аффективные нарушения отношений между растущим ребенком и его окружением дают этому повод. Если ребенок воспринимает свои пониженные способности, сравнивает себя с другими детьми и в повседневной жизни (может быть и малой степени) ущемляется, то легко возникает шаткость взаимоотношений. Это особенно важно для начального жизненного опыта. «Отсутствие взаимопонимания» между ребенком и окружающими возникает во многом и из-за того, что окружающие не распознают своевременно эти специфические особенности ребенка. Именно частичный и непостоянный упадок деятельности и слабость приспособления трудны для распознавания, поэтому воспитатели морализирующим образом упрекают ребенка в его упущениях и не проявляют нужного терпения и готовности помочь в занятиях, которые так нужны для преодоления слабости. Раннедетский экзогенный психосиндром создает ребенку так сказать негативно настроенный окружающий мир. Следствием этого становятся невротические, асоциальные или другие нарушения поведения. Можно сказать, что у детей с такого рода поведением в 40—50 % случаев имеются раннедетские мозговые повреждения легкой степени.

Диагноз. Из дифференцированного анамнеза, неврологического и особенно психомоторного обследования, а также из поведенчески-аналитического и психологического исследования составляется суммарный диагноз. Но часто приходится довольствоваться только подозрением, особенно в более старшем возрасте, анамнестические данные уже тогда не столь точны, повреждение мозга уже не дает новых разрушений, не говоря об обусловленных предрасположением вариантах. К тому же с возрастом нарастает значение реактивных факторов, перекрывающих экзогенно-психологические симптомы. Нормальный интеллектуальный коэффициент не говорит против раннедетского экзогенного психосиндрома; однако дифференцированное исследование интеллекта, которое нацелено и на отдельные способности, дает значительную поддержку диагнозу.

Течение. Прогноз зависит как от тяжести нарушений, так и от условий окружения, от терпимости и педагогической коррекции

частичных нарушений активности и трудностей приспособления, без реакций эмоционального отвержения и упреков. Во фрустрированном окружении, полном напряжения и непримиримости, очень велика опасность «вторичной невротизации». Если в дальнейшем появятся неблагоприятные факторы, то раннедетский экзогенный психосиндром может стать фактором, способствующим развитию шизофренического психоза. По этим соображениям ранний диагноз важен для профилактики.

Терапия. Показания для лечения исходят из информации и советов родителей и воспитателей. Если они ориентируются в виде, особенностях и прогнозе больного ребенка или ожидаемых от него особенностей, можно тем самым предотвращать неправильное обращение с ним, а отсюда — и вторичную невротизацию. Если условия благоприятные, а выраженность симптоматики умеренная, ребенок в процессе немного задержанного психического развития может компенсировать свою слабость в значительной степени или полностью.

Если этих мер недостаточно, могут помочь рано начатые целенаправленные оздоровительно-педагогические воздействия на больного со слабой активностью. Дети не нуждаются в специальной школе, они в общем могут справляться и с программой нормальной школы.

Психотерапия у этих детей направлена не на нарушения их деятельности, а на их психореактивные осложнения. Она показана также при вторичной невротизации, эти мероприятия должны соответствовать возрасту.

Медикаментозная терапия не применяется. Только в отдельных случаях у гиперкинетических детей показана терапия метилфенидатом (риталин).

Деменция / органический психосиндром

Повреждения и расстройства функций мозга у взрослых приводят к различным психопатологическим синдромам: к органическим психозам или к *органическому психосиндрому*, который чаще всего развивается постепенно и длительно существует, практически хронически. *Деменция* характеризуется прежде всего тяжелыми проявлениями, в настоящее время объединяя все степени тяжести, является также синонимом органического психосиндрома. При ней отмечается выраженная психоорганическая симптоматика, а также часто наблюдается депрессия.

Расстройства памяти. Они проявляются вначале в форме падающей способности к обучению новому (слабость внимания). В дальнейшем нарушается память прошлого. При этом наступают нарушения воспоминаний последовательности во времени (временная решетка): прошлое правильно описывается, но неправильно датируется. Самые тяжелые расстройства памяти ведут к дезориентировке: когда впечатления и информация определенное время не накапливаются в памяти, теряется ориентировка в пространстве, во времени и наконец в собственной личности.

Расстройства мышления. Особенно нарушаются абстрактное мышление, переработка информации и концентрация ее. Нарушения обусловлены двусторонне: когда нарушается память и наступают расстройства побуждений и аффектов, то утрачиваются важнейшие предпосылки живого, эффективного мышления. Мышление становится замедленным, тугоподвижным и сосредоточено на отдельных темах, которые повторяются (*персеверации*). Течение мыслей непоследовательное, смена тем и подвижность мышления нарушены, теряется его ясность, все труднее становится вычленить существенное и отторгнуть несущественное. Способности критической самооценки падают. В далеко зашедших стадиях, которые раньше обозначались понятием деменции, исчезают способности суждений и критики, целенаправленность внимания минимальная, больной практически не может усвоить ничего нового, ему становится невозможно из восприятий и познаний делать соответствующие умозаключения.

Аффективные нарушения. Дементные больные часто бывают *депрессивными* (около 40 %), особенно при субкортикальной деменции. В одних случаях – это депрессивные реакции, в других – депрессивная симптоматика: прямое следствие мозгового заболевания, что вряд ли отличимо одно от другого. Часто эти расстройства настроения имеют ворчливо-дисфорическую окраску, некоторые – меланхолический оттенок.

Дементные больные нередко проявляют *эйфорию.* В отличие от яркости и оживленности при мании она характеризуется недостатком свежести и размаха здоровой эмоциональной жизни, потерей критической самооценки и особенно недостатком серьезной оценки собственной ситуации, болезни и ее проявлений (легкомысленность). Эйфорические больные вряд ли способны к глубоким переживаниям, они проявляют поверхностное довольство всем.

У многих хронических органически-мозговых больных аффективность *лабильна*: аффекты плохо управляемы и плохо тор-

мозимы (что раньше определялось некрасивым словом — недержание аффектов): без достаточных мотивов, например, при самом незначительном печальном сообщении или при сентиментальном впечатлении больной заливается слезами. Они рассматривают эти впечатления как невыносимые, мучительные, жалостные и постыдные. Но больной может быстро вернуться к оживленности. Соответственно рассматриваются гнев и ярость, которые слабо тормозятся, так что развиваются вспышки буйства, болезненная природа которых распознается не всегда.

Нарушения потребностей. Характерны падение собственной инициативы и спонтанности, сужение жизненного пространства и ослабление прежних интересов, обобщая — это абулия или обеднение потребностей (в противоположность блокаде потребностей при депрессии). Реже и в большинстве случаев преходящим образом встречаются расторможение, наплыв побуждений и влечений. Часто бывает болтливость (логорея), которая отличается от многоречивости маниакального больного бедностью идей и тенденцией к повторяемости (персеверации).

Психомоторика. Мозговые органические расстройства часто касаются психомоторики (моторика, которая выражает психические процессы, особенно аффективность и потребности). Мимика и жесты органически-мозгового больного обеднены (гипомимия и гипокинезия). Не хватает живости мимической игры и жестов. Время реакций замедляется. Когда, наконец, появляются скудные психомоторные проявления, они относительно долго сохраняются. Речь монотонна и бедна модуляциями по силе звука и его окраске. Походка тяжеловесная, мелкими шагами и замедленная.

Течение. Синдром развивается в основном постепенно. Дальнейшее течение зависит от вида лежащего в его основе страдания. Если удается устранить этиологию (например, мозговое давление, интоксикацию), можно добиться обратного развития и выздоровления. Если же мозговое вещество в некомпенсируемом масштабе повреждается необратимо, то полная ремиссия не наступит. Даже при современном реабилитационном лечении, добивающемся прогресса, многие формы деменции (органического психосиндрома) остаются стационарными. При прогредиентном течении, свойственном дегенеративным мозговым заболеваниям и сосудистым заболеваниям, деменция прогрессирует.

Классификация деменции по МКБ 10: соответственно этиологии от F00 до F03.

Амнестический синдром. Особым выражением органического синдрома или деменции является амнестический синдром (называемый также амнезией и корсаковским синдромом), при котором на первом плане стоят расстройства памяти, тогда как другие нарушения деятельности (как при деменции) и расстройства сознания (как при делирии) отсутствуют. С крайними нарушениями памяти связана склонность к конфабуляциям. Больной пытается заполнить пробелы памяти и прибегает для этого к конфабулированию. Содержание конфабуляций позволяет нередко распознать конфликтные темы и желанные идеи больного. *Классификация* по МКБ 10: F04 (кроме алкоголя и наркотиков).

Субкортикальная деменция. В то время как описанные до сих пор расстройства относятся к основным выпадениям кортикальных структур, под понятием субкортикальной деменции во многих отношениях подразумеваются отличающиеся нарушения: поражены в основном функции внимания и бодрствования. Психический темп замедлен, способность к переключению затруднена (застойность); к этому присоединяются аффективные нарушения. Синдром Паркинсона – прототип субкортикальной деменции, которая развивается при дегенерации таламуса и других заболеваниях. Таким образом, здесь больше нарушены фундаментальные функции, а при кортикальной деменции – инструментальные функции (см. выше), но между ними нет резких границ.

Субкортикальная деменция в основном соответствует прежнему понятию *стволового мозгового синдрома*, но она имеет сходство и с синдромом промежуточного мозга (меньше – с лобным синдромом, при котором господствуют эйфория, недостаток чувства дистанции и расторможение). Под термином локально-мозгового синдрома описывается также *лимбический синдром*, в котором преобладают амнестические нарушения. В чистой форме эти синдромы вообще-то едва ли проявляются.

Нейропсихологические синдромы

Речь идет преимущественно об ограниченных нарушениях отдельных видов деятельности (так называемые инструментальные расстройства), в особенности о:

- узнавании (агнозия);
- речи (афазия);
- чтении и письме (алексия и аграфия);
- счетных операциях (акалькулия);
- и последовательности движений, особенно пространственных действий (апраксия).

Эти выпадения объясняются поражениями ограниченных регионов мозга. Детали их заимствуются из книг по нейропсихологии. Там устанавливаются определенные взаимоотношения между психическими нарушениями и локализуемыми мозговыми повреждениями, рассматриваются различные психические функции и возникающие при деменции когнитивные, аффективные и

другие нарушения. Данные относительно латерализации и локализации до сих пор скудны и вряд ли приложимы к клинике.

Органические изменения личности / характера

Мозговые заболевания и расстройства функций мозга нередко вызывают изменения личности, которые определяются по изменению поведения больного: он теряет интерес ко всему, становится равнодушным и замедленным, обстоятельным, иногда возбудимым и в общем поведении (а также в сексуальном) иным, чем был раньше.

Если такие изменения наблюдаются у человека среднего возраста, врач должен думать о мозговых нарушениях. Особенно страдают высшие побуждения (например, деликатность), а также тонкие душевные движения. Своеобразие черт характера акцентуируется (бережливый становится жадным, недовольный — брюзжащим, словоохотливый — болтливым), что может возрасти до карикатурного подобия изначальной личности (гипертипичное изменение личности). Картина болезни определяется, таким образом, органически-мозговыми и личностными влияниями. У некоторых больных ослабевают характерологические признаки (гипотипические изменения). Реже бывают сдвиги с появлением новых свойств характера.

Органические изменения личности нарушают межчеловеческие отношения столь необычным образом, что это может стать новым диагностическим показателем. Одни больные не осмысливают своих изменений и проецируют свое неправильное поведение на внешний мир. Другие оценивают свое состояние с болезненным чувством и страдают от прогрессирующего обеднения.

Классификация по МКБ 10: F07.0, добавочные по этиологическим категориям.

Делирий / острые органические психозы

Как и хронические, острые органические синдромы — это неспецифические реакции мозга на различные вредности. Делирий — прототип острого органического психоза — встречается не только при отнятии алкоголя, но и при других токсических воздействиях, при гипертиреозе и многих других заболеваниях.

Расстройство сознания является ведущим диагностическим симптомом органических психозов, которое редко отсутствует. «Сознание», как и другие понятия для элементарных психических функций, трудно определить. К тому же «сознание» в медицине, психологии и философии понимается по-разному. С психологических позиций это «целостность содержания сознания, которая приводит к четкому использованию имеющихся знаний, и содержания психики (переживания, воспоминания, представления, мышление), что сопровождается осознанием того, что субъект (Я) – это тот, кто это содержание переживает» (Петерс).

Клинико-психиатрически различаются следующие *расстройства сознания*: ясность сознания уменьшается, живость его ограничивается. Сознание понижается, так сказать, меняется по вертикали. Физиологический вид такого снижения сознания – это сон. Патологическое снижение уровня сознания (при нарушениях мозговых функций) различается по степени глубины: *сомноленция* (сонливость) и *кома* (отсутствие сознания). Промежуточные стадии – сопор и прекома. В коме сознание угашено, больного нельзя разбудить, рефлексы ослаблены или утрачены.

При *делириозном синдроме* больной находится, казалось бы, в ясном, но на самом деле в нарушенном сознании. Сознание не столько угашено, сколько сужено, отсутствуют полнота и подвижность содержания сознания, больной отвлекаем, а в мышлении нарушены связи Третья форма патологического изменения сознания описывается как сумеречное состояние; сходным является изменение сознания в гипнозе.

Наряду с этим уменьшением наблюдается и повышение сознания. необычная бодрость и *патологическая ясность* поля сознания. Это состояние, которое вызывается особенно психоаналептическими средствами, может протекать не только с сокращением времени реакций, но и с ограничением способности восприятия и координации, беспокойством и пустой деятельностью.

Психологически и глубинно-психологически понятие сознания имеет другое значение. *Сознание Я* включает осознанное переживание самого себя; эта функция нарушена при деперсонализационном синдроме. *Сознание* в смысле самосознания, кроме осознания своей ценности, схватывает и рефлексирующую установку. В психоанализе сознание – это эпифеномен *бессознательного*, тогда как бихевиоризм рассматривает сознание как вербальную условность. Разговорная речь свидетельствует о том, что в данный момент присутствуют сознание и осознание жизни.

При делирии сознание нарушено, мышление спутанное и непоследовательное. Такое *инкогерентное мышление* абсолютно бессвязно, оно не обнаруживает ни патологических связей или значений, как при шизофрениях, ни ослабленных ассоциативных связей, как при скачке идей у маниакальных больных. Больной со спутанностью мышления не ориентирован или не полностью ориентирован в пространстве, времени и собственной личности.

Больной не может реально оценить себя и свое положение. Дезориентировка и нарушение узнавания окружающих часто сочетаются с беспомощностью и бредовыми переживаниями, а также со страхом и агрессивностью. Одни больные угрюмо-плаксивы или некритически-эйфоричны, другие проявляют двигательное беспокойство, излишнюю подвижность или даже возбуждение. Ночью нередко наступает ухудшение. Ритм сна и бодрствования часто нарушен. Когда делирий заканчивается, выявляется отсутствие воспоминаний (амнезия).

Галлюцинации при делирии в основном зрительные и состоят в большинстве случаев из маленьких очень подвижных фигур (микропсии) и происходящих с больным сцен. Содержание галлюцинаторно-бредовых переживаний касается чаще всего повседневных, близких больному тем. Этим симптомы делирия отличаются от галлюцинаций и бреда при шизофрениях. Делириозные бредовые переживания могут отражать желания и стремления избавиться от неприятностей при наличии чувства вины. Кроме того, могут развиться вегетативные расстройства, например адренергически-симпатикотоническая сверхрегуляция с ускорением пульса, потливостью, тремором, общим беспокойством, особенно при алкогольном делирии.

Классификация делирия по МКБ 10: F05.0 (кроме алкогольных и наркотических).

Аментивный синдром (*состояние спутанности*) — более старое обозначение острого органического психоза, отличающегося от делирия практически только отсутствием галлюцинаций и бреда, поэтому говорят о делириозно-аментивном синдроме.

Онейроидный психоз (онейроид) сходен с делирием: больной переживает фантастические, сновидные картины сценического характера, при этом сознание мало угнетено и амнезия в общем не наступает. Этот синдром встречается не только при органических психозах, но и в клинике так называемых эндогенных психозов, что свойственно и аментивному синдрому. Их место в составе этих психозов проблематично. Возможно, при онейроиде и так называемой аменции речь идет о пограничных областях этих психозов.

Сумеречные состояния. Менее подавленное или суженное, а скорее в трудно определимой форме измененное так называемое сдвинутое сознание — таково сумеречное состояние. Больной не обнаруживает сонливости или оглушенности, но и полная ясность сознания у него отсутствует. Он бродит, находится в почти сновидно-блуждающем состоянии, но не осмысливает ситуацию и не распознает, хотя бы частично, место, время и лиц, его окружающих. Поскольку больной внешне выглядит упорядоченным, с осмысленным поведением, сумеречные состояния часто не распознаются, но в последующем обнаруживается полное или частичное отсутствие воспоминаний (амнезия). В острой стадии изменена ЭЭГ. Отдельные стремления и потребности определяют бесконтрольность поведения, что может привести в этих состояниях к насилиям и сексуальным преступлениям, однако это исключение. Вообще сумеречные состояния редки.

Сумеречные состояния наблюдаются при эпилепсии и в связи с патологическими состояниями оглушения. (Психогенные сумеречные состояния принадлежат к области психореактивных нарушений, но они связаны с психоорганическими нарушениями.) Ошибочно было бы видеть сумеречные состояния особенно тогда, когда пациент добивается этого диагноза, чтобы избежать наказания за свои действия (например, преступления). При этом может демонстрироваться и амнезия.

Органические психозы и психосиндромы второго ранга

От описанных до сих пор синдромов они отличаются тремя основными признаками: расстройство сознания и выпадение познавательных способностей не наступают или почти не наступают; имеется большое сходство с синдромами аффективных и шизофренических психозов (частично с невротическими синдромами); наряду с органическими мозговыми расстройствами в них патогенетически участвуют и другие факторы. Поэтому такие синдромы и названы органическими психосиндромами второго ранга (Лаутер). Эти синдромы преходящи, наступают в начале или после стихания органического психоза (делирия), который в остальном протекает со своей симптоматикой. Но они могут и длительное время определять картину болезни. К таким синдромам, в частности, принадлежат следующие.

Органический галлюциноз. В отличие от делирия не наступает расстройств сознания, отсутствуют и проявления деменции. Преобладают галлюцинации зрительные, слуховые, тактильные или иные, частично связанные с бредовыми идеями. Основные примеры — алкогольный галлюциноз и хронический тактильный галлюциноз.

Классификация по МКБ 10: F06.0 (кроме алкогольной природы).

Органически-параноидный синдром (экзогенный галлюцинаторно-параноидный синдром). Этот синдром очень сходен с галлюцинаторно-параноидной шизофренией. Отличие заключается в том, что при органическом синдроме бредовые переживания направлены на потустороннее, близлежащее, обозримое и непосредственное, в то время как при шизофрении это скрытое, таинственное и метафизическое. Однако эта психопатологическая дифференциация невозможна. В более широком смысле сюда должны причисляться бредовые развития при органических поражениях. МКБ 10: F06.2.

Органически-кататонический синдром. Симптоматика не отличается или почти не отличается от кататонических симптомов при шизофрении. Органически-кататонические синдромы харак-

терны особенно при энцефалитах, опухолях мозга и отравлениях. МКБ 10: F06.1.

Эти и другие шизофреноподобные синдромы раньше определялись как симптоматические шизофрении. Они встречаются также при эпилепсии, прогрессивном параличе и болезни Гентингтона.

Органически-маниакальный синдром. Эти психозы (обозначаемые также как симптоматические или вторичные мании) относительно редки. Они обусловлены разными мозговыми нарушениями, например травмой мозга. В поперечнике они почти неотличимы от мании в рамках аффективных психозов. Часто трудно оценить, возникает ли болезнь вследствие действия причины или только провоцирующего фактора. МКБ 10: F06.30.

Органически-депрессивные синдромы. Депрессивные расстройства настроения в связи с органическими мозговыми заболеваниями встречаются часто и в различной степени выраженности. Иногда они связаны с деменцией, но не обязательно. Часто в одних случаях речь идет о нехарактерных состояниях расстройств настроения, в других симптоматика соответствует меланхолии (эндогенной депрессии). Последнее в нынешней нозологии называется симптоматической меланхолией или вторичной меланхолией, например, в связи с болезнью Аддисона или диабетом.

По МКБ 10 органически-депрессивные синдромы (без деменции) *классифицируются* под F06.32. Если в связи с органическим нарушением появляются маниакальные и меланхолические заболевания, говорят об органических биполярных нарушениях (F06.31).

При органически-депрессивном синдроме отсутствуют в основном такие характерные для меланхолии симптомы, как переживание растянутого времени, страх перед задачами дня и подавляющее чувство вины. Но эти отличия недостоверны. В ряде случаев, как показывает течение болезни, приходится считаться с сочетанием двух независимых друг от друга заболеваний, а именно заболеваний мозга и меланхолии.

Депрессивность и деменция чаще, чем это ожидается статистически, связаны друг с другом, особенно в позднем возрасте и при субкортикальных деменциях (см. выше). О депрессивной псевдодеменции говорят, когда в течении меланхолии появляются симптомы деменции и исчезают вместе с меланхолической фазой.

Напротив, концепция органических синдромов страха (панические расстройства – МКБ 10: F06.4) клинически меньше обоснованна, как и органически-диссоциативный синдром (F06.5), под которым понимают конверсионные реакции при психоорганическом ущербном состоянии. Здесь речь может идти о том, что и неврозы могут возникать с органическим участием,

как и расстройства личности. Также заслуживают упоминания органически обусловленные синдромы навязчивостей.

Органически-астенический синдром. Распознается по эмоциональной лабильности и астеническим проявлениям. Он во многом соответствует прежнему понятию гиперэстетической слабости мозговой деятельности. От астенических личностных расстройств отличается органическим фактором, и отсюда прежние обозначения энцефалопатии и псевдопсихопатии. *Классификация* по МКБ 10: F06.6.

Диагностика

Острые органические психозы трудно распознавать, если отсутствует описанное расстройство сознания. *Начинающаяся деменция* может распознаваться ошибочно как «депрессия» или как невротическое расстройство. Распознаваемые *ранние симптомы* — это повышенная утомляемость, легкие расстройства внимания, затруднения его концентрации, замедленность, обстоятельность и недостаточная способность реально оценивать свое состояние. Установить же правильный диагноз особенно важно из-за возможного лечения органического страдания.

Основная проблема диагностики состоит в сходстве ряда психоорганических нарушений, особенно органических психозов и психосиндромов второго ранга с другими психическими нарушениями. Психопатологическая дифференцировка не всегда надежна, поэтому необходимо выявлять по возможности органический фактор как основу диагноза. Практически это означает, что у каждого больного надо проводить общесоматическое и неврологическое обследование, а в сомнительных случаях — и дополнительные мероприятия по мозговой диагностике.

Несмотря на свою недостаточность, клинико-психопатологический метод остается основным диагностическим инструментом. Стандартное интервью и шкалы симптомов служат объективированию и количественной оценке психоорганической симптоматики, их чаще используют при деменции, делирии и в геронтопсихиатрии. Они не могут решительно улучшить диагностику и служат скорее научным, чем практическим целям.

Психологическим тестированием можно частично верифицировать органические нарушения способностей. Во всяком случае, большинство тестов на способности не направлено специально на регистрацию психопатологических выпадений, а скорее исследует общий интеллект.

Удобными тестами являются исполнительские, например в форме *счета* (счетный тест Крепелина, который затем развил Паули, а позже Арнольд) или подчеркивание (d_2-тест), далее сложение или вычитание в уме двух трехзначных чисел, при этом обнаруживается забывание промежуточных итогов, которое определяет слабость внимания, даже если она неявно выражена. В *тесте Бентона*, исследующего внимание, визуомоторную координацию и оценку образов, также распознаются легкие органические расстройства. В *гамбургской модификации теста Векслера* диагностически оценивают-

ся не столько общие показатели, сколько нижесредние способности в определенных конкретных задачах, тестах символов чисел и мозаики.

Технические возможности *мозговой диагностики*, из которых особенно наглядны методы, воссоздающие форму очага, могут применяться при явных морфологических изменениях, имеющих в основе описанные психические нарушения. Однако нет тесных корреляций между психоорганической симптоматикой и рентгенологически определяемыми изменениями мозгового субстрата. При выраженной психоорганической симптоматике могут быть «нормальными» данные, получаемые с помощью компьютерной томографии и других подобных методик. С другой стороны, выраженные «мозговые атрофии» могут выявляться у здоровых людей или при незначительных психоорганических расстройствах. Именно поэтому клинико-психопатологическая диагностика имеет решающее значение.

К терапии и профилактике

Лечение по возможности должно быть направлено на основной патологический процесс: операция при опухолях мозга, устранение отека мозга, прекращение интоксикации, устранение обменных нарушений. Специальные формы лечения излагаются при отдельных заболеваниях мозга. Тяжелые органические психозы с беспокойством и возбуждением должны лечиться в психиатрическом стационаре, в некоторых случаях в закрытых психиатрических учреждениях. При состояниях, угрожающих жизни, проводятся интенсивные терапевтические мероприятия.

Однако иногда медицинское лечение неэффективно, например при травматических или мозговых сосудистых заболеваниях. Но и тогда показаны интенсивные мероприятия, часто успешные в данных пределах. В остальном при терапевтически резистентных психоорганических состояниях с их прогредиентностью проводятся индивидуально направленное призрение и по возможности поддержка больного и его родственников.

Первично-профилактические мероприятия состоят в предотвращении ранних детских и более поздних травм мозга, токсических влияний и воспалительных заболеваний. *Вторичная профилактика* направлена на раннюю диагностику и терапию, прежде чем сформируются тяжелые психоорганические расстройства; она распространяется и на заботы в социальной области.

Психосоциальные аспекты

Подводя итоги, следует указать на то, что психоорганические синдромы возникают не только в связи с тяжелыми соматическими заболеваниями, но и после различных психореактивных расстройств, например после тяжелых операций, трансплантаций, при гемодиализе и других интенсивных вмешательствах. Страх потери, смертельная угроза и нарушения целостности тела

могут привести к выраженным реакциям страха, тяжелым эмоциональным расстройствам, регрессивным формам поведения и другим психореактивным нарушениям. Нередко эти реакции связаны с психоорганическими расстройствами.

Описанные здесь последствия мозговых повреждений или расстройств функций мозга не исчерпывают всю картину болезни. Степень тяжести и индивидуальная окраска психоорганического синдрома зависит не только от повреждения или функционального расстройства мозга, к ним присоединяются преморбидная личность, реакция на болезнь, возможности ее переработки и компенсации (защита), а также окружающая ситуация (рис. 24).



Рис. 24. Совместное действие различных условий возникновения органически обусловленных психических нарушений (Лаутер, 1988; печ. по: Ванг, 1977)

Вследствие психоорганического заболевания наступает сужение социального поля и обеднение межчеловеческих отношений. Болезнь часто доставляет много трудностей родным. Вне семейного окружения положение больных еще тяжелее. Это касается не только монотонных и тупых пациентов, но и пациентов, теряющих чувство дистанции, навязчивых и ни с чем не считающихся, которые не могут себя сдерживать. Трудны бывают и больные с эйфорией и слабой критикой. Наибольшие проблемы возникают при беспомощности и недовольстве психоорганических больных.

Преодоление проблематичных жизненных ситуаций вряд ли возможно даже для больного с умеренными психоорганическими изменениями. Конфликты, которые у здоровых разрешаются, здесь ведут только к осложнениям. Психоорганическая потеря витальности может настолько ухудшить профессиональную, социальную и особенно семейную ситуацию, что больной впадает в тяжелый кризис. Из-за этого выраженность психоорганического синдрома не всегда константна, а может зависеть от ситуации. То же можно сказать о детях и подростках с раннедетским экзогенным психосиндромом и о старческих психически больных.

ОТДЕЛЬНЫЕ МОЗГОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Черепно-мозговая травма

Различают открытые и закрытые травмы мозга, и среди них такие как:

- коммоция мозга (сотрясение мозга);
- контузия мозга (ушиб мозга);
- компрессия мозга (давление на мозг, особенно вследствие субдуральной или эпидуральной гематомы).

Кроме того, по другой классификации различают обратимые и необратимые травматические нарушения.

Травмы мозга лечат в основном хирурги и нейрохирурги. Психиатр редко видит острый этап болезни, скорее последствия. В том числе как эксперт. Поэтому травмы мозга рассматривают-

ся здесь кратко, без учета их невропатологических и нейрофизиологических основ и специальных неврологических данных.

Сотрясение мозга. Длительность потери сознания – индикатор степени тяжести сотрясения мозга. В интересах экспертизы, которая может потребоваться, необходимо дать по возможности более точное описание, чтобы позже отграничить от идущих назад и вперед расстройств памяти (ретроградная и антероградная амнезия). После сотрясения мозга больные некоторое время страдают головными болями, головокружениями, рвотами, аффективной лабильностью и истощением. Сильные и длительные жалобы заставляют думать о сотрясении мозга. Спустя несколько недель пострадавший обычно уже вновь работоспособен. Некоторое снижение трудоспособности при сохраняющихся жалобах может наблюдаться в течение нескольких месяцев, вплоть до года.

Контузия мозга. В отличие от сотрясения контузия приводит к повреждению субстанции мозгового вещества. К острым нарушениям (частности см. в книгах по нейрохирургии и неврологии) принадлежат также острые *органические психозы*, которые называются контузионными психозами, травматическими психозами, травматическими состояниями спутанности, травматическими делириями. Они сходны с делирием. Если наступает стойкое и выраженное возбуждение, больной попадает в психиатрическую клинику. Для медикаментозного седативного воздействия предпочтительны нейролептики в небольших дозах. Другие седативные вещества применяются с большой осторожностью, их комбинации исключаются.

Кроме того, возникают *органические психозы второго ранга*, переходные синдромы, частично с синдромами, сходными со специфичными для так называемых эндогенных психозов.

В дальнейшем *течении* органического психосиндрома отмечается различной степени деменция, симптоматика редуцируется лишь частично. Параллельно длительное время существуют вегетативные жалобы, характерные для сотрясения мозга.

Классификация постконтузионного синдрома по МКБ 10: F072.

При *диагностике и экспертизе* последствий травмы следует помнить, что патологические данные при проведении ЭЭГ и компьютерной томографии не всегда обнаруживаются и не имеют корреляции с тяжестью психических расстройств. Определение степени снижения трудоспособности основывается на субъ-

ективных жалобах, неврологических и психопатологических симптомах выпадения (в том числе и на посттравматических припадках). Одновременно учитываются сохранившиеся способности и проведенные реабилитационные мероприятия. Следует думать о возможности психореактивных нарушений в виде *тенденциозных травматических реакций* (о так называемых рентных неврозах).

ВИЧ-инфекция и СПИД

Многие инфекционные болезни могут затрагивать мозг. В появлении энцефалитов и менингоэнцефалитов участвуют разные возбудители, особенно бактерии и вирусы. Примеры этого — паротитный менингоэнцефалит, энцефалит простого герпеса и туберкулезный менингоэнцефалит. Психическая симптоматика состоит из органического психоза (делирий) или органического психосиндрома (деменция). Два инфекционных заболевания следует описать особо — ВИЧ-инфекцию в связи с ее актуальностью (с тех пор как впервые в 1981 г. она получила быстрое распространение в США) и нейросифилис, который хотя и стал встречаться реже, но примечателен научно-исторически.

Этиология. Перенос происходит через контакт с кровью (при наркоманиях — инфицированные инъекционные иглы). Нейропатологически происходит прямое поражение центральной нервной системы в виде ВИЧ-энцефалита (около 40—70 %; преимущественно субкортикального, а также менингоэнцефалита) и полинейропатии. Или поражение наступает вторично, за счет нарастающей иммунной слабости, при осложнениях в форме оппортунистической инфекции (например, токсоплазмоз или прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия).

Симптоматика. Неврологические выпадения и припадки редки, а психические расстройства, наоборот, часты и многообразны. Вначале кажется, что речь идет как будто о тревожно-депрессивном расстройстве в смысле психической реакции на угрожающее жизни заболевание. Это наблюдение правильное, но нуждается в дополнениях. При длительном течении у большинства больных отмечаются церебрально-органические нарушения. Частично это органические изменения личности: больные становятся равнодушными, вялыми, ленивыми, безразличными (так

называемая СПИД-летаргия); при этом наряду с церебрально-органическими надо учитывать и психореактивные условия. Все больше нарастают хронические психоорганические выпадения активности по типу деменции (частично субкортикального типа). Реже возникают острые органические психозы с делириозной симптоматикой, они обусловлены скорее не самой ВИЧ-инфекцией, а ее осложнениями. К тому же встречаются органически-аффективные и органически-шизофренические синдромы. Без психических расстройств остается около четверти больных, в запущенных стадиях и того меньше.

Диагноз. Искать ВИЧ-инфекцию прежде всего следует у гомосексуалистов и наркоманов и у лиц с неясными по природе психоорганическими синдромами, когда нужно думать об этой болезни. Диагноз решает серологическое исследование. Ликворная диагностика нерезультативна. На компьютерной томографии мозговые нарушения определяются только в поздних стадиях.

Классификация по МКБ 10: F02.4.

Терапия. Лечение основного заболевания излагается в учебниках терапии. Психиатры лечат в основном психореактивные осложнения и психоорганические синдромы. Дело осложняется тем, что большинство таких больных – давние наркоманы, поэтому врач сталкивается с двумя угрожающими жизни переплетающимися заболеваниями. В связи с безнадежным положением многие из них отказываются от психиатрической помощи.

Нейросифилис

Сифилитические психозы ввиду своей распространенности и своих особенностей длительное время были в центре психиатрических исследований. К началу века шаг за шагом удалось открыть их причину и позже – лечение. В связи с этим сифилитические психозы и среди них в особенности прогрессивный паралич стали первыми очевидными по этиологии и по медицинскому лечению психозами. Поскольку они теперь встречаются редко, их можно описать кратко.

Бледная спирохета как возбудитель сифилиса (люэс) имеет особое предпочтение к центральной нервной системе и к мозговым оболочкам. В третьей стадии отмечаются сосудистая форма, менингитическая форма (поздний менингит) и объемная гумма сифилитической природы. В четвертой стадии (или металюэти-

ческой) наступают прогрессивный паралич, табес или табопаралич.

Прогрессивный паралич. В основе его лежит первично-хронический сифилитический энцефалит с атрофией коры мозга и стволовых ганглиев. Болезнь наступает после длительного латентного периода, длится годы или десятилетия после инфицирования. Начало нехарактерно из-за разнородности жалоб. Затем развивается острый психоз, при котором эйфорически-экспансивный синдром (с бредом величия) — самая известная, но далеко не самая частая картина болезни. Имеются также депрессивные и параноидные психозы и особенно органические психосиндромы, вплоть до степени деменции.

При этом появляются различные *неврологические симптомы*: беспокойная мимика (периоральная дрожь), дрожание языка, смазанная речь (дизартрия), деформированные зрачки с отсутствием реакции на свет и др. К нередкой комбинации прогрессивного паралича со *спинной сухоткой* (так называемый *табопаралич*) присоединяются дальнейшие неврологические симптомы, и среди них арефлексия, спинальная атаксия и расстройства чувствительности.

Диагноз подтверждается серологическими и ликворными данными. *Течение* прогредиентное, если болезнь не сдерживается лечением. Это удавалось вначале с помощью курса маляриотерапии (искусственное заражение трехдневной малярией), за такое открытие венский психиатр Вагнер фон Яурегг в 1917 г. получил Нобелевскую премию. Успехи такой терапии были примечательными. В настоящее время каузальной терапией, в том числе третичного сифилиса, является лечение пенициллином.

Дистрофические повреждения мозга

Последствия алиментарной дистрофии в общем обратимы, даже если они связаны с крайним истощением и распространенными безбелковыми отеками. Об этом свидетельствует опыт концлагерей строгого режима для военнопленных. У небольшой части все же возникают стойкие органические мозговые повреждения, особенно если им предшествовали другие мозговые атрофии легкой степени.

Симптоматика складывается из органических изменений личности и выпадения активности, особенно в виде быстрой утомляемости и раздражительности, а также из вегетативных

симптомов. Из-за этого и вследствие изменения жизненных условий после их долгого отсутствия часто возникают трудности контактов и конфликты. Супруги военнопленных поневоле становятся самостоятельными за время их длительного отсутствия. На производстве бывший военнопленный становится неконкурентоспособным. Повседневные трудности и конфликты для них невыносимы. В результате наступают переживания своей неполноценности, состояния отчаяния и кризы самооценки.

Если *диагностика* ориентируется только на эти внешние обстоятельства, то на поверхности лежит ошибочный диагноз невроза или нарушений личности. Более глубокое обследование обнаруживает лежащую в их основе мозговую неполноценность: многие дистрофики в послевоенные годы истолковывались и лечились ошибочно, пока работы В. Шульте не пролили свет на условия их возникновения.

Установленное дистрофическое повреждение мозга требует пенсионного обеспечения. *Лечение* этого повреждения заключается в психотерапевтической переработке конфликта, в социотерапевтических мероприятиях по реабилитации (возможно переучивание) и в решении правовых пенсионных вопросов.

Эндокринные заболевания

Поскольку эндокринные и церебральные функции тесно взаимосвязаны, неудивительно, что эндокринные заболевания могут приводить к психическим нарушениям, характер которых соответствует психоорганическому синдрому. При тяжелых и длительно сохраняющихся эндокринопатиях могут развиться стойкие мозговые нарушения.

Например, врожденный гипотиреоз может привести к задержке психического развития (позже возникающий гипотиреоз — к деменции), если в тяжелых случаях не помогает заместительная терапия. При гипертиреозе часты расстройства настроения, беспокойство и ажитация, иногда развивается делирий. При болезни Кушинга больные нередко страдают патологически усиленной и очень для них тягостной эмоциональной восприимчивостью, а также снижением потребностей, расстройствами настроения и нарушениями сна. При опухолях гипофиза вследствие повышенного ликворного давления могут развиваться состояния спутанности и другие органические психозы; то же характерно для диабета вследствие вазопатии и для феохромоцитомы.

Кастрация у мужчин почти не вызывает психических расстройств, если не считать переживания потери либидо и потенции. Многие препараты, в том числе нейролептики, влияют на эндокринные функции; на такие ситуации следует обращать внимание. К серьезным психореактивным нарушениям приводят эндокринные заболевания, которые меняют внешность больного, такие как акромегалия, ожирение при болезни Кушинга, вирилизация при адреногенитальном синдроме и гипофизарном нанизме. Таким больным показана психотерапевтическая помощь из-за частых неблагоразумных и неделикатных реакций окружающих.

В целом психические расстройства при эндокринных заболеваниях малоспецифичны, т. е. отдельные заболевания реже приводят к специфическим психическим расстройствам (о чем выше приводились примеры), а скорее к неспецифическим изменениям, особенно к редукции побуждений и аффективности. Эта симптоматика представляется столь общей для эндокринных нарушений, что говорят об *эндокринном психосиндроме* (М. Блейлер). Это сходно с так называемым локальным мозговым психосиндромом (хотя оба термина оспариваются) и с органическим психосиндромом в смысле начинающейся деменции, от которой этот синдром трудно отличить.

Метаболические энцефалопатии

Среди многочисленных общесоматических заболеваний, которые протекают с психическими расстройствами, особое внимание следует уделять метаболическим заболеваниям. Конечно, в каждом отдельном случае мало известно о связи основного заболевания с психопатологической картиной.

При печеночной коме вследствие токсической энцефалопатии наступают расстройства познания и расстройства сознания. При терминальной почечной недостаточности наряду с делириозными наблюдаются шизофреноподобные и аффективно-психотические синдромы, которые могут быть обусловлены алюминиевой энцефалопатией при диализе; к тому же могут развиться и состояния спутанности и галлюцинаторно-параноидные синдромы. При панкреатитах также наблюдаются нарушения поведения, тревожно-депрессивные расстройства и делирии. Больные с карциномой в 50 % случаев страдают психическими расстройствами, которые по характеру очень разнородны. При этом встречаются не только первичные опухоли мозга и мозговые метастазы, но и метаболически обусловленные энцефалопатии. Чаще же возникают психоорганические поражения, вплоть до степени демен-

ции, и психозы разного рода. Следует упомянуть о психических нарушениях при сердечных заболеваниях, особенно после операций на сердце: у 15–30 % больных в первые послеоперационные дни встречаются острые психозы со спутанностью, делириозной или параноидной симптоматикой.

Таким образом, у этих больных основная болезнь и мозговая реакция на нее не только определяют психические расстройства, но и существенно влияют на личность, ее установки и реакцию на свою болезнь.

Фармакогенные психозы

Многочисленные медикаменты и наркотики могут вызывать психозы. Среди наркотиков особенно важны стимуляторы (психоаналептики) и оглушающие вещества (психодислептики). При их принятии встречаются состояния возбуждения и спутанности в виде делирия (*классификация* по МКБ 10: F15.03 или F16.03), а также параноидно-галлюцинаторные психозы (F1*x*.51 или 52), которые рассматриваются как органические психозы второго ранга и частично по соответственным синдромам очень сходны с шизофрениями. Частности описываются в главах о зависимости. Но не при каждом психозе у наркоманов речь может идти о фармакогенном (органическом) психозе; часто у молодых людей вследствие приема наркотиков развивается шизофрения.

При использовании многочисленных препаратов возникают делириозные, депрессивные, маниакальные или параноидно-галлюцинаторные психозы. Так, антихолинергические вещества, входящие в состав обезболивающих, снотворных, спазмолитиков, антидепрессантов и антипаркинсонических препаратов, вызывают острые органические психозы (по всей вероятности из-за допаминергической гиперстимуляции). Различные антигипертензивные средства, а также нейролептики приводят к развитию депрессивных синдромов.

При злоупотреблении алкоголем, снотворными и сходными препаратами возникают фармакогенные психозы преимущественно после прекращения их приема (*классификация* по МКБ 10: F10.4 или 5; F13.4 или 5).

С увеличением фармакотерапевтических возможностей медицины число фармакогенных психозов значительно возросло, и не только при злоупотреблениях и отравлениях, но и особенно при передозировках, у пожилых людей и при комбинации раз-

личных препаратов (взаимодействие лекарственных веществ). При каждом неясном психозе нужно думать о фармакогенной этиологии.

Дегенеративные мозговые заболевания (системные атрофии)

Болезнь Пика

Болезнь Пика — это пресенильное мозговое заболевание, которое наступает между 50 и 60 годами, иногда раньше. Причина его неизвестна; в ряде случаев предполагается аутосомно-доминантное наследование, но в большинстве случаев заболевание спорадическое, а не семейное.

Патологическая анатомия. Дегенерация затрагивает в первую очередь самые юные отделы коры мозга, особенно фронтальный и темпоральный отделы. Атрофия определяется макроскопически. Гистологически устанавливается исчезновение ганглиозных клеток, особенно нервных клеток с аргирофильными включениями («серебряные пули», клетки Пика). Микроскопические данные совсем иные, чем при болезни Альцгеймера, которая встречается в 10 раз чаще. Мозговая атрофия клинически определяется компьютерной томографией. Отмечается повышение уровня цинка в мозге, эритроцитов в моче.

Симптоматика и течение. Болезнь начинается соответственно указанной локализации с изменений личности: огрубление эмоциональных побуждений, эйфорическое настроение, ослабление руководства поведением, затруднение способностей комбинаторики, диссоциальные осложнения, а позже нарушения памяти и мышления. Присоединяются речевые нарушения, богатство речи заметно уменьшается. К концу болезни больной становится совершенно аспонтанным. Течение не поддается терапевтическим воздействиям и неудержимо прогредиентно. Через 6–8 лет болезнь приводит к смерти. В большинстве случаев больных необходимо содержать в закрытых психиатрических отделениях.

Дифференциально-диагностически болезнь Пика отличают от инициальной симптоматики болезни Альцгеймера, при которой на ранних фазах меньше выражены личностные изменения; позже различение их невозможно; судорожные припадки бывают при той и другой болезни. Далее дифференциально-диагностически следует думать об объемных процессах и прогрессивном параличе. Сенильная деменция типа Альцгеймера в целом наступает позже; сосудистая деменция определяется по состоянию сосудов, субъективным жалобам и ранним диффузным психопатологическим симптомам выпадения.

Классификация по МКБ 10: F02.0.

Хорея Гентингтона (наследственная пляска святого Витта)

Клиническая картина хореи Гентингтона заключается, с одной стороны, в нарушениях движений, а с другой — в различных психических изменениях, которые требуют психиатрического лечения и часто приводят к необходимости пребывания в психиатрической больнице. Распространенность болезни составляет около 4,0:1000000.

Этиология. Наследственная природа достоверно установлена; наследование доминантное, порочный ген локализуется в коротком плече 4-й хромосомы. Пенетрантность полная, т. е. вероятность заболевания (потенциальная) у детей пациентов составляет 50 %.

Невропатология. Мозговая атрофия в первую очередь поражает хвостатое тело (соответственно на компьютерной томограмме наблюдается расширение передних рогов боковых желудочков), а также путамен и паллидум (скорлупа и бледный шар чечевицеобразного ядра), позже — другие участки мозга. Гистологически определяется дегенерация нервных клеток, особенно неостриатума при увеличении ядер астроцитов и разрастании соединительной ткани Патогенетически обсуждаются изменения различных нейротрансмиттеров (среди прочего допамин-ацетилхолиновый баланс) и нейротоксическое влияние возбуждающих аминокислот.

Симптоматика. На фоне снижения мышечного тонуса возникает постоянное двигательное беспокойство, вплоть до гротескно выраженных движений конечностей, возникающих причудливо и протекающих атипично; может вовлекаться мускулатура лица и туловища, речь неартикулируемая, смазанная и в конце концов непонятная. Наблюдается также гипотонически-гиперкинетический экстрапирамидный синдром, и уже внешне больной выглядит больным и истощенным.

Психическая симптоматика часто наступает раньше неврологической и соответствует вначале органическим изменениям личности. Прогрессирование болезни приводит к психоорганическому упадку активности и к деменции. Реже встречаются психозы с депрессивной и параноидно-галлюцинаторный симптоматикой.

Течение. Болезнь чаще начинается между 40 и 50 годами, очень редко — в детстве. Вначале возникают возбужденность и расторможенность влечений, расстройства настроения и безудержность. Болезнь неудержимо прогрессирует. Больной становится все более дементным, беспомощным и нуждается в уходе. По прошествии нескольких лет болезнь ведет к смерти.

Диагноз. В начальных стадиях хорея Гентингтона легко просматривается. Если гиперкинезы слабо выражены, то они расцениваются как неловкость

или психогенные моторные нарушения и неправильно оцениваются в первую очередь потому, что усиливаются при эмоциональных нагрузках. Психические особенности вначале расцениваются как «психопатии» или «мягкие шизофрении», в том числе при экспертизах по поводу наказуемых действий. Но тщательный семейный анамнез указывает в конце концов на правильный диагноз. Ныне молекулярно-генетические исследования делают возможным индивидуальный преклинический, даже антенатальный диагноз (полиморфные маркеры в непосредственной близости к расположению гена; дефектная квота 2 %).

При *дифференциальной диагностике* надо обращать внимание на гиперкинетические синдромы при других формах хореи (малая хорея, хорея беременных, гиперкинетический синдром при атеросклерозе и при обменных нарушениях), а также на поздние гиперкинезы (поздние дискинезии) после длительного лечения нейролептиками.

Классификация по МКБ 10: F02.2.

Каузальной *терапии* нет. Гиперкинезы можно подавлять нейролептиками. В остальном приходится давать советы в отношении психических и соматических нарушений и по уходу в поздних стадиях.

Профилактика. До тех пор, пока не существует действенной терапии (медикаментозные попытки не стоят на первом месте), первичная профилактика возможна в виде евгенических мероприятий, но они затруднительны из-за позднего начала болезни. Названная выше преклиническая диагностика позволяет предсказать заболевание так рано, что потомства можно избежать. Однако сообщение о таком прогнозе по-человечески проблематично и поэтому спорно.

Болезнь Паркинсона (дрожательный паралич) и синдром Паркинсона

В основе *идиопатической формы*, называемой болезнью Паркинсона или дрожательным параличом, лежит системная атрофия стволовых ганглиев (бледный шар, черная субстанция). Болезнь возникает спорадически или передается по наследству. Распространенность болезни лежит в пределах 0,15 %; мужчины заболевают чаще, чем женщины. *Этиология* неизвестна; наследственная предрасположенность спорна.

Невропатологически отмечается побледнение черной субстанции, особенно в вентролатеральной части вследствие дегенерации меланинсодержащих допаминергических клеток; с цитоплазматическими эозинофильными клеточными включениями (тельца Леви). Другие нейродегенеративные изменения имеют разную локализацию.

Биохимически: допаминовая недостаточность в скорлупе чечевицеобразного ядра (putamen), где нарушен синтез допамина вследствие снижения активности ферментов L-тирозингидроксилазы и допадекарбоксилазы. Отмечаются и другие трансмиттерные нарушения.

Болезнь начинается на шестом десятилетии и течет медленно и прогредиентно. Симптоматика состоит из триады мозгового

ствола (Рейхардт) – моторных, вегетативных и психических нарушений. Моторная симптоматика включает оцепенение, тремор и акинезию; частности указаны в учебниках по неврологии. Вегетативные расстройства – гиперсаливация, чувство жара и потливость. *Психические симптомы* такие: недовольно-депрессивное настроение, слабость побуждений и обеднение психомоторных проявлений, общее замедление психических функций (брадифрения). Эти симптомы во многом соответствуют так называемой субкортикальной *деменции*, причем нарушения интеллектуальных функций выражены слабо или отсутствуют (*Классификация* по МКБ 10: F02.3). Депрессивные расстройства у этих больных могут достигать степени психоза с меланхолическими включениями.

Симптоматические формы, обозначаемые как паркинсоноид, паркинсонизм, или синдром Паркинсона, встречаются после летаргического энцефалита, отравлений (чаще всего оксидом углерода) и при расстройствах мозгового кровообращения (здесь в сочетании с другими симптомами болезни). Симптоматологические различия невелики, *дифференциальный диагноз* не всегда удается однозначно. Сходные, но обратимые синдромы, кроме того, возникают при лечении эндогенных психозов *нейролептиками*, поэтому при каждом случае синдрома Паркинсона надо расспрашивать о применявшихся лекарствах.

Успешное *лечение* в основном проводится L-Допа (вместе с лечебной гимнастикой). *Побочные эффекты* проявляются в виде вегетативной лабильности и легких когнитивных нарушений, при длительном приеме примерно у 20 % развиваются *делириозные психозы*, а также психозы с маниакальной и параноидной симптоматикой. Психозы могут развиваться при использовании антихолинергических препаратов; нейролептическое лечение (в том числе и с клозапином) необходимо проводить с осторожностью. *Депрессивные психозы* у таких больных (у части с меланхолической симптоматикой) лечатся антидепрессантами и терапией лишения сна, а также электросудорожной терапией (по необходимости в умеренных дозах).

Психиатрически у больных паркинсонизмом обращают внимание на *патический аспект* эмоций (В. Шульте). Больной чувствует мучительное расхождение между тем, чему он еще доверяет, и той низкой оценкой, которую проявляют окружающие в результате его маловыразительной мимики. Из-за ложной оценки действительно сохраняющейся трудоспособности и витальности, к которой склонны его родные, друзья и коллеги по работе, считая его более беспомощным и ограниченным, чем он действительно представляет или хочет иметь, он не склонен к про-

ворности и подвижности настолько, чтобы выразить свою самооценку. Это делает больного особенно чувствительным, потому что хотя он и считает, что его настоящее состояние оценивается неправильно, но это соответствует и его собственным опасениям о возможном плохом прогнозе заболевания (переживания своего снижения). При обращении внимания на эти патические аспекты болезни открываются возможности психотерапевтической помощи в преодолении изменившейся жизненной ситуации.

Другие дегенеративные заболевания мозга

При заболеваниях, которые детально описываются в учебниках неврологии, наряду с неврологическими возникают и психические расстройства, о которых здесь кратко сообщается.

При *наследственных атаксиях* различают системные атрофии спинального (Фридрейха) и мозжечкового (Нонне, Мари) типа. В детском возрасте при заболевании встречаются задержки психического развития, при позднем начале заболевания — органический психосиндром (деменция). Течение прогредиентное. Эффективной терапии нет.

При *гепатолентикулярной дегенерации* (по неврологическим данным различаются две формы: *болезнь Вильсона* и болезнь Вестфаля—Штрюмпелля) в основе заболевания лежат рецессивно-аутосомальные наследственные нарушения обмена меди. Психопатологически вначале возникают нарушения личности со слабостью побуждений, эмоциональным обеднением, потерей интересов и расторможением влечений (а также шизофреноподобные психозы); позже наступает деменция. Неврологически определяются экстрапирамидно-моторные и другие выпадения. Ведущим диагностическим симптомом является роговичное кольцо Кайзера—Флейшера. Терапевтически устраняются повышенная доставка меди и элиминация меди из организма в сложных соединениях. *Классификация* по МКБ 10: F02.8.

При *боковом амиотрофическом склерозе* отмечаются редкие психозы с аффективной или шизофреноподобной симптоматикой.

Хронический тактильный галлюциноз (дерматозойный бред)

Болезнь освещается в этом месте книги потому, что в большинстве случаев возникает в пресениуме, и потому, что здесь речь идет об органически обусловленном психозе. Однако оба эти признака необлигатны: болезнь возникает и в более раннем возрасте и имеются данные о психодинамических условиях ее возникновения. Дерматозойный бред характерен для органических психозов, этиология которых (как и других психических заболеваний) многостороняя.

Симптоматика. Больные некорригируемым образом убеждены, что у них в коже находятся зверьки, насекомые, червячки, паразиты или микробы. Они жалуются на соответствующие зуд и почесуху и их нельзя переубедить в суждении, что эти предполагаемые существа их кусают или лазят под кожей. В маленьких безобидных изменениях кожи, в следах расчесов они видят несомненные этому доказательства. Чешуйки кожи или кусочки грязи считаются этими существами или их экскрементами, больные показывают их врачу как несомненные доказательства, часто хранят в маленьких коробочках. В редких случаях больные жалуются, что эти ощущения локализуются в ротовой полости или глотке; энтерозойный бред наблюдается значительно реже дерматозойного (1:20).

Больные пытаются справиться с мнимыми вредителями с помощью протравляющих, дезинфицирующих средств, ножом или путем сжигания одежды. Убежденность, с которой они утверждают о существовании насекомых, оправдывает название бреда кожных паразитов или дерматозойного *бреда*, в то время как ведущий симптом расстройств восприятия дает повод к определению его как *галлюциноза*. Далеко идущее бредообразование встречается редко; примерно пятая часть больных считает, что и родные страдают от этих вредителей. Иногда родственники перенимают их переживания (симбиотический бред, индуцированный психоз).

Частота. Эта болезнь не так редка, как кажется психиатрам, поскольку многие больные ищут помощи у дерматологов, другие обращаются в зоологические или ветеринарные институты или в учреждение по борьбе с вредителями. В большинстве случаев болезнь начинается на шестом десятке лет жизни, у 1/6 части – уже на четвертом десятке. Женщины болеют чаще мужчин.

Течение. Страдание нередко возникает остро, возможно, после провоцирующего его переживания, и протекает хронически (исключая преходящие фармакогенные галлюцинации). Кроме галлюцинаторно-параноидной симптоматики и органического психосиндрома (по большей части легко выраженного), других психотических симптомов практически не бывает.

Этиология. Поздняя манифестация и частое наличие мозговых нарушений определенно свидетельствуют об органических мозговых условиях возникновения. Эта болезнь уже издавна называется пресенильным дерматозойным бредом (Экбом) и нозологически причисляется к соматически обусловленным психозам. *Острый* тактильный галлюциноз может развиться при употреблении кокаина и амфетаминов.

Бредообразование облегчается при соматической неполноценности, особенно при падении зрения и функций других органов чувств. К тому же важны и психореактивные факторы, которые у молодых больных постоянны, а у пожилых часты. *Психодинамическое* объяснение (Местер) заключается в том, что дерматозойный бред является защитой при страхе загрязнения и сексуальном чувстве вины. Манифестация его очень часто происходит после потери партнера. Паразиты и борьба против них заместительно заполняют пустоту жизни у оставшегося одиноким человека. Нарцистически-ипохондрическое поведение нередко. Эти психодинамические факторы необходимо

рассматривать в связи с проявлениями психоорганического ущерба, который изменяет переживание Я и ограничивает возможности защиты.

Терапия. Бесполезно приводить аргументы против бреда или галлюцинаций. Больному может помочь направляющая и поддерживающая *психотерапия*, поиски новых задач и контактов. Тревожным и депрессивным больным показаны *психофармакологические средства.* Многие больные редко страдают от галлюциноза и сохраняют работоспособность. Если проявляются психореактивные факторы, показана конфликтцентрированная психотерапия. Однако наличие психоорганического синдрома ограничивает возможности лечения.

Классификация по МКБ 10: F06.0.

СТАРЧЕСКАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Деменция Альцгеймера

У каждого человека в позднем возрасте наступает в большей или меньшей степени атрофия мозга. Если она резко выражена или(и) рано начинается, то такая болезнь называется деменцией Альцгеймера.

Терминология сегодня изменилась. Раньше эта болезнь называлась сенильной деменцией и противопоставлялась мозговому артериосклерозу. Сегодня термины звучат так: деменция Альцгеймера (или сенильная деменция типа Альцгеймера) в противоположность сосудистой деменции. Одно время говорили о болезни Альцгеймера только при ранней ее форме (пресенильная деменция), сегодня определяются ранняя и поздняя манифестации деменции Альцгеймера.

Этиологически на основе накопления историй болезни в семьях предполагается аутосомно-доминантное, в том числе мультифакторное наследование. При молекулярно-генетических исследованиях окрыли возможное генетическое изменение в 21-й хромосоме (мутация в гене, обеспечивающем выработку амилоида – предшественника протеина; с другой стороны, эта локолизация имеет значение при синдроме Дауна), а также в 19-й хромосоме (выработка аполипротеина Е). *Патогенетически* взвешивается роль нарушений трансмиттеров (в особенности ацетилхолина) и приобретенных медленных вирусных инфекций.

Патологоанатомически определяется, описанная немецким психиатром Альцгеймером в 1907 г., диффузная атрофия коры мозга, преимущественно лобно-височной и затылочно-теменной. Гистологически обнаруживаются альцгеймеровские фибриллы, сенильные бляшки (в основном состоящие из β-амилоид-протеина) и распад дендритов, а также конгофильные ангиопатии, преимущественно в лимбической системе и в теменно-височно-затылочных областях. Особенно поражаются пресинаптические холинергические рецепторы. Однако это описывается и при других нейропатологических картинах с деменцией.

Симптоматика. Вначале снижаются внимание и способность подбирать нужные слова. Позже снижаются все объективные

функции, а также память на прошлое. В конце концов развивается типичный и выраженный синдром деменции. Аффективность и поведение могут довольно долго сохраняться, особенно при условно-переходной форме болезни (пресбиофрения). Позже многие больные становятся эйфоричными. Больные, у которых сохраняется самооценка, страдают от своего дефекта. При раннем начале болезни может проявиться особая акцентуация симптоматики (см. ниже).

Неврологические данные скудны и нерегулярны: тремор рук и головы, походка мелкими шажками, ослабленные рефлексы, вялые зрачковые реакции, нарастающая потеря сил. Компьютерная томография подтверждает наличие атрофического процесса.

Течение. Болезнь протекает с постепенным началом и медленно прогредиентно. Колебания встречаются часто в зависимости от неблагоприятной жизненной ситуации в одну сторону, а от хорошего ухода и заботливости — в другую. Дементные больные умирают в конечном итоге от соматического истощения или интеркуррентных заболеваний.

Диагноз и разграничение. Раннее распознавание начинающейся деменции важно хотя бы для рассмотрения связанных с ней социальных конфликтов. При этом оцениваются клиника и поведение больного в деталях, а также установка и отягощенность отношений с родными. Для количественного определения уровня деменции применяются тесты, которые вне научных наблюдений большей частью не используются. Объективную картину дает компьютерная томография, хотя в начальных стадиях нерегулярно, а в поздних стадиях в ней уже нет необходимости.

Деменцию следует дифференцировать от депрессии, что в большинстве случаев легко удается, но иногда бывает и трудно: депрессии (а также меланхолии) могут протекать с нарушениями познавательных функций и памяти, иногда до степени так называемой псевдодеменции.

Старческая деменция имеет разные причины. Болезнь Альцгеймера составляет около половины всех случаев, остальные — это сосудистые заболевания (см. ниже) и реже другие заболевания, в том числе интоксикации (алюминием, а также другими тяжелыми металлами или лекарствами), нарушения обмена веществ (печень, почки и др.), эндокринные заболевания (щитовидной железы, надпочечников и т. д.), авитаминозы (B_1, B_6, B_{12}, фолиевой кислоты), инфекции и т. д. Эти же патогенные факторы могут стать сопутствующей причиной при деменции Альцгеймера.

Разграничения с сосудистой деменцией могут быть недостаточными, поскольку встречаются комбинации этих двух заболеваний. Для деменции Альцгеймера характерны ранние расстройства внимания, а также речи и творчества. За сосудистую деменцию больше говорят различные неврологические расстройства, выраженные аффективные нарушения, значительные соматические нарушения (прежде всего головные боли и головокружения),

прерывистое течение. Практически же для лечения и ухода эти различия несущественны. Конечный этап течения и той и другой болезни общий.

Классификация. МКБ 10 различает деменцию Альцгеймера с началом в старости (F00.1) в противоположность пресенильным формам болезни (F00.0), а также смешанные формы с сосудистой деменцией (F00.2).

Лечение. Достаточно эффективной соматотерапии до сих пор нет. Попытки лечить ноотропами нужны; все остальные медикаментозные опыты разочаровывают. Поэтому основная тяжесть падает на личную заботу о больном, направленную на правильное содержание и уход. Окружающие должны считаться со структурой личности больного, с его жизненными привычками и проблемами. О психотерапии еще будет сказано.

При домашнем содержании больного возникают значительные трудности для *родственников*, потому что возможны конфликтные ситуации с возбудимостью и агрессивностью, чувством вины и печалью. Самая важная и часто единственная врачебная помощь — это советы и поддержка родственников.

Пресенильная деменция альцгеймеровского типа (раньше — болезнь Альцгеймера) — это не что иное, как ранняя форма старческой деменции Альцгеймера. Нейроанатомические и клинико-психопатологические данные идентичны. Пресенильная форма начинается около 50 лет и протекает более прогредиентно, чем сенильная форма (см. выше).

В клинической картине наряду с расстройствами памяти и ориентировки наблюдается нейропсихологическая симптоматика: агнозии и апраксии, в особенности афазии и парафазии, а также эхолалии (рефлекторное повторение слов или части фраз) и логоклонии (толчкообразное выговаривание и ритмичное повторение отдельных слогов). Бывают и судорожные припадки.

Болезнь Крейтцфельдта–Якоба (МКБ 10: F02.1) возникает примерно в этом же возрасте и с трудом отличима от других пресенильных мозговых заболеваний. Речь идет о прогредиентном мозговом заболевании (обычно с длительностью не более 2 лет) с быстро нарастающей деменцией и моторными выпадениями, и особенно пирамидным и мышечным напряжением, а также с мышечной атрофией. Этиологически важны медленная вирусная инфекция и генетическая предрасположенность.

Сосудистая деменция

Психические нарушения вследствие сосудистых заболеваний и других расстройств кровообращения достаточно часты. Раньше они объяснялись мозговым артериосклерозом, сейчас эти представления более дифференцированны. Впрочем, этиопатогенетические толкования, классификация и терминология еще не едины и отчасти противоречивы.

Этиология. Риск развития церебральных расстройств кровообращения велик; поскольку масса мозга составляет лишь 2 % от

массы тела, а через него проходит 15–20 % всей крови и столько же потребляется кислорода и осуществляется около 25 % всего потребления глюкозы. Капиллярная же система мозга относительно мала, она составляет 1/6 скелетной мускулатуры и 1/10 мускулатуры сердца.

Экстракраниальная обусловленность мозговых расстройств кровообращения в основном состоит из изменений шейно-черепных сосудов, прежде всего внутренней сонной артерии вследствие ее атероматоза (бляшки, стеноз). Это приводит к нарушению кровообращения и чаще в результате высвобождения эмболов – к мозговым инсультам (апоплексии, инсульты).

Мозговой инсульт дает 15 % всех смертей. Кроме гемодинамического и эмболического генеза, он редко возникает из-за массивных внутримозговых кровоизлияний. Следствием их являются контрлатеральные гемиплегии и деменция. Встречаются также преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК, транзиторные ишемические атаки), которые возникают в результате микроэмболий из тромботических бляшек экстракраниальных сосудов и во многом проявляют обратимую симптоматику. Эти синдромы детально описаны в учебниках неврологии, как и тотальная церебральная ишемия, локализованные кровоизлияния и внутримозговые кровотечения.

В противовес этому *микроангиопатии* – наиболее частая причина хронической сосудистой деменции. При тяжелой стойкой гипертонии могут наступить мозговые нарушения кровообращения, очевидно, вследствие стеноза мелких сосудов.

Как основная причина сосудистой деменции в настоящее время в меньшей степени рассматривается *генерализованный церебральный артериосклероз* (со следствием в виде так называемой *мультиинфарктной деменции*), чем *субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия* (САЭ), названная по имени автора, впервые ее описавшего, *болезнь Бинсвангера* (1895). *Патологоанатомически* при ней находят диффузную демиелинизацию с утратой глии и аксонов, с гиалинизацией мелких пенетрированных артерий. При компьютерной томографии обнаруживаются перивентрикулярные уплотнения и лакунарные инфаркты.

Облитерирующий тромбангиит (синдром Винивартера–Бюргера) сходен с артериосклерозом. Он возникает преимущественно у курильщиков, у женщин чаще, чем у мужчин. Участие мозга сравнительно редкое. Другие редкие причины нарушений мозгового кровообращения – это узелковый периартериит – сосудистая форма нейросифилиса и сыпного тифа. Мозговые расстройства могут развиться при опухолях мозга и других его заболеваниях.

Симптоматика. Сосудистая деменция развивается не драматически, а начинается с неприятных субъективных ощущений и легких психических выпадений.

Субъективные неприятные ощущения в начальной стадии следующие: мучительная усталость с извращением сна (чаще всего легкая сонливость днем и бессонница ночью), тупые или напряженные головные боли и несистематические головокружения («забитая голова»), шум в ушах, напряженность, возбудимость и угрюмость. Неприятные ощущения усиливаются, когда больной испытывает нагрузки и эмоциональное напряжение, с которыми он больше не в состоянии справиться («возбудимая слабость»).

Психические данные. Болезнь приводит к органическому психосиндрому. Вначале развиваются аффективные расстройства, такие как недержание аффекта и расстройства настроения, более выраженные, чем при деменции Альцгеймера. Расстройства памяти часты. В дальнейшем течении присоединяются другие психоорганические симптомы. Сознание болезни сохраняется, но в дальнейшем теряется с падением способности критики. Далее возникают органические психозы, большей частью с состоянием спутанности. Конечная стадия с утратой индивидуальности, дезориентировкой и моторным беспокойством в форме бессмысленной возни, однообразных хватательных и дергающих движений сочетается с другими процессами мозгового упадка.

Неврологические данные выражены в зависимости от вида, интенсивности и локализации морфологических изменений и часто колеблются у одного и того же больного. Если не считать апоплектических инсультов, то они не ограничиваются определенными взаимосвязанными функциональными системами, а имеют диффузный характер. Важнее, чем остальные особенности, видеть следствие общей картины болезни во внешнем поведении и характере движений: поза согбенная, движения неуверенные, походка тяжелая и шаркающая, мимика и жесты обеднены, руки и даже голова дрожат, двигательный аппарат как бы застывший, вплоть до выраженных симптомов паркинсонизма. Зрачки относительно узкие, иногда разные по величине, их реакция на свет вялая. Кроме того, имеются разные показатели рефлексов и пирамидные знаки.

Больные с инсультом (апоплексией), кроме названных неврологических симптомов, страдают также деменцией, а нередко и депрессивными расстройствами. В *патическом аспекте* важно понимать, что многие эти больные, несмотря ни на что, надеются на благоприятный исход. Они склонны к переоценке значения частичного возврата функций. Почти не реагируют на неприятности, возникающие у близких.

Течение. Острые мозговые расстройства могут возникать также в молодом и среднем возрасте, а сосудистая деменция — это

характерное возрастное заболевание, даже если оно начинается на 60-м году жизни, особенно в форме болезни Бинсвангера. Течение в отношении прогредиентности разное, могут быть периоды остановки и стабилизации.

Диагноз. Решающей является клиническая симптоматика. Технические исследования (допплер-сонография, компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансная томография) не всегда дают ожидаемых результатов.

Разграничение. Клинически вряд ли можно различить названные сосудистые заболевания. От деменции Альцгеймера сосудистая деменция отличается симптоматологически по акцентуации проявлений.

Вопреки прежним представлениям, сосудистая деменция, составляющая 20 % всех деменций позднего возраста, встречается реже деменции Альцгеймера, составляющей 50 % этого контингента; на смешанные формы этих болезней приходится 10 % (остальные случаи падают на другие формы деменций, такие как болезнь Пика и деменции метаболического и токсического генеза).

Классификация. В МКБ 10 при сосудистой деменции различают острые заболевания, особенно после инсульта (F01.0), постепенное развитие с преимущественно кортикальной симптоматикой (F01.1) и некортикальную болезнь Бинсвангера (F01.2), а также смешанную корково-подкорковую сосудистую деменцию (F01.3) и комбинацию с деменцией Альцгеймера (F00.2).

Лечение. Возможности медицинского лечения старческой деменции незначительны. При сосудистых формах можно пытаться улучшить кровообращение и условия обмена веществ. Предпосылкой для этого должна быть *базисная соматическая терапия*, особенно функций сердечно-сосудистой системы. Лечение сердечной недостаточности и регуляция артериального давления могут иметь решающее значение для церебральных функций. При этом можно предостерегать от риска гипердигитализации и внезапного падения кровяного давления. Вопросы диеты также нужно решать совместно с терапевтами, она зависит от приема разных медикаментов.

Ноотропы являются центральным звеном медикаментозной терапии при нарушениях мозговых функций. Активность и механизмы действия их разные и продолжают исследоваться. Особенно полезно влияние на реологические свойства крови: гидроксиэтилфорте (ГОЭФ 200) или декстран 40 (реомакродекс); дигидроэрготоксин (гидегрин), а также антагонист кальция нимодипин (нимотоп); пирацетам (ноотроп и др.); пиритинол (энцефабол); экстракт гинко билоба (тебонин, танакан и др.).

Психофармакологические средства. Спутанность с беспокойством вначале пробуют снять сердечно-сосудистыми средствами;

при ночном беспокойстве полезно своевременное назначение вечерней дозы лекарства, например после содержащего углеводы напитка на ночь. Если нужны седирующие препараты, их следует осмотрительно дозировать (особенно днем из-за сдвига функции сна и бодрствования). Наряду с транквилизаторами бензодиазепиновой группы назначают нейролептики, например пипамперон (дипиперон), а также клометиазол (дистранейрин) в малых дозах (одна доза – 1 таблетка по 0,5 г), если по анамнезу не приходится бояться зависимости.

Для терапии *психозов* у больных позднего возраста применимы в основном общие принципы антидепрессивного и антипсихотического лечения, конечно, с осторожной дозировкой и особенно тщательным наблюдением.

Медикаментозное лечение психически больных старческого возраста и особенно дементных больных не должно быть ни бездумным, ни боязливым, ни дифференцированным по канонам фармакологии. Наряду с принципом «не вреди» необходимо соблюдать правило «не пренебрегать ничем, что может помочь больному».

Образ жизни дементного больного должен быть приспособлен к его возможностям деятельности; с одной стороны, следует избегать физических и психических перегрузок, а с другой – излишнее щажение также вредно. Мышечные упражнения не только улучшают самочувствие больного, но и активизируют мозговое кровообращение; нужно помогать больному планировать его время. Важна константность обслуживающего персонала. При дезориентировке обзор окрестностей окажет малую помощь. Систематические побуждения и упражнения вызывают нарастание собственной инициативы. Однако ожидания не должны быть излишними.

Психотерапия. Возможность психотерапевтической помощи у гериатрических больных описана обобщенно.

Правовые вопросы у больных позднего возраста

Профессиональная и трудовая способность. Неправильная оценка трудоспособности больных со старческой деменцией или с другими старческими заболеваниями встречается в начальной их стадии, особенно если эти расстройства ложно оцениваются как невротические или психосоматические. При более выраженной симптоматике наступает несомненная нетрудоспособность, даже если больной и не достиг пенсионного возраста. В сравнительно легких случаях у стареющих людей все же справедливее установить полную нетрудоспособность. Перевод на более легкую, но непривычную работу воспринимается как дополнительная трудность.

Недееспособность характеризуется выраженной деменцией. В этот период болезни всегда лучше решать вопрос в сторону недееспособности. Сомнений в свободном волеизъявлении недостаточно. Это же относится к *способности составления завещания*, ее оценка представляет особые трудности, поскольку она чаще всего возникает уже после смерти завещателя, и арбитр сталкивается с очень спорными проблемами.

Если глубоко дементный больной не в состоянии сам решить определенные проблемы своей жизни, он уже не подлежит опеке, так как вместо опекунства (которое представляет собой дополнительные трудности и нередко в ней другой нуждается не меньше, чем сам больной) создана правовая регуляция в виде *доверительства*. В каждом отдельном случае надо тщательно определять, какие вопросы решает доверитель, а какие подопечный в состоянии решить сам.

Невменяемость. С возрастом криминальные действия встречаются все реже. Старый человек становится скорее жертвой, чем преступником. Лишь относительно частыми, причем типичными для ущербных старых мужчин, являются их сексуальные отношения с детьми (педофилия). В большинстве случаев такие преступники ранее представлялись безупречными в поведении, поэтому их преступление является неожиданным. Опасными становятся не глубоко дементные, а скорее больные, у которых процесс не привел еще к тяжелым расстройствам интеллекта, а больше к изменениям аффективности, побуждений и структуры влечений. Действия эти связаны не столько с повышенной сексуальностью, сколько с проявлением относительной сексуальной неполноценности. Путь к ребенку для таких правонарушителей – не столько возможное возрастание полового возбуждения, сколько меньшее сопротивление и минимальный риск сексуального позора. Для экспертизы решающим являются данные об органически-мозговых изменениях личности, вменяемость в таких случаях уменьшается или исключается.

От предписываемых судом направлений в психиатрическую больницу по причине общественной опасности, для предупреждения повторных деликтов лучше отказаться, если содержание и надзор над ним будут обеспечены родными. С нарастанием тяжести процесса возможность таких деликтов уменьшается. Впрочем, эти преступные действия не так опасны для детей, как полагает возмущенная общественность. Часто опаснее реакция взрослых в окружении обвиняемого и судебные допросы ребенка.

Право на вождение транспорта у старых людей ограничивается, если налицо деменция или выраженные органические изменения личности. С осторожными и самокритичными водителями риск меньше, чем у эйфоричных пациентов с тенденциями к повышенной самооценке. Советовать старому человеку ездить на автобусе – это тяжелейшая врачебная задача, которую можно решить только в настойчивой психотерапевтической беседе, так как для пациента этот запрет связывается с представлением, что он уже старый и дряхлый.

Правовые проблемы возникают также не только при проведении научных *исследований*: деменция является одной из проблем здравоохранения, которая серьезно затрагивает как все общество, так и отдельных его представителей. Дементная речь в большинстве случаев нуждается в научных исследованиях, однако едва ли дементные больные в состоянии самостоятельно ее продуцировать. Здесь важно правовое обеспечение согласия на исследование, однако большинство таких больных не в состоянии его дать. Таким образом, возникает юридическая проблема, до сих пор не урегулированная в законном порядке.

ЭПИЛЕПСИИ

Эпилепсии (падучие) характеризуются разнообразными синдромами и формами течения. Они проявляются эпилептическими припадками, спонтанными и повторяющимися, а также психическими расстройствами. Отдельные вопросы подробно рассматриваются в учебниках неврологии.

Нейрофизиологически эпилептический припадок возникает вследствие неконтролируемой электрической разрядки во множестве нейрональных соединений (которая распознается на ЭЭГ). Припадок проявляется самыми разнообразными способами. Сегодня они подразделяются по классификации Международной противоэпилептической лиги (здесь приведен сокращенный вариант):

1. Фокальные припадки.
   1.1. Простые фокальные припадки (без расстройств сознания).
   1.2. Комплексные фокальные припадки (с нарушением сознания, часто начинаются с простой симптоматики).
   1.3. Парциальные припадки, которые развиваются до генерализованных тонико-клонических припадков (вторично генерализованные парциальные припадки).
2. Генерализованные припадки.
   2.1. Абсансы.
   2.2. Атипичные абсансы.
   2.3. Миоклонические припадки.
   2.4. Клонические припадки.
   2.5. Тонические припадки.
   2.6. Тонико-клонические припадки.
   2.7. Атонические припадки.
3. Неклассифицируемые припадки.

Психические нарушения также многообразны и этиологически гетерогенны: острые и хронические синдромы, личностные расстройства, психозы и деменции. С тех пор как с припадками как-то научились справляться, борьба с психическими синдромами сохранила большие трудности для психиатров, она остается большой терапевтической проблемой, которая относится к компетенции только психиатров.

Частота. Распространенность заболевания составляет 0,5 %, а вероятность заболевания лежит между 0,4 и 0,6 %.

Этиология. Обычно различают генуинную и симптоматическую эпилепсии. Термином «генуинная» обозначают (подобно эндогенным при психозах) примерно идиопатическое, криптогенное или этиологически неизвестное, причем подразумеваются генетические факторы (предположительно наличие короткого плеча в 6-й хромосоме). Раньше сюда причислялось большинство случаев эпилепсии. Сегодня известно, что половина всех эпи-

лепсий имеет симптоматическую природу, т. е. можно установить ее причину в приобретенных мозговых поражениях (даже перинатальных). Генуинное и симптоматическое — это не альтернатива, нельзя выделять две группы, поскольку речь идет об условиях возникновения, которые часто взаимодействуют. И у больных с так называемой симптоматической эпилепсией при семейных обследованиях обнаруживают наследственные факторы.

Вероятно, предрасположенностью по генетическим данным (и при исследованиях близнецов) обусловлена мозговая возбудимость, которая сильно различается индивидуально по выраженности. При очень высокой центральной возбудимости судорожные припадки могут возникнуть спонтанно. При относительно меньшей, но все еще значительной возбудимости для появления припадков необходим внешний пусковой механизм, что при эпилепсии наблюдается часто. При еще меньшей возбудимости припадки возникают только при более сильных воздействиях, например при длительном лишении сна, лихорадке (дети), сильном солнечном облучении, алкоголе или приеме различных лекарств. При малой и очень малой центральной возбудимости припадки возникают только при сильном внешнем воздействии, например после тяжелых травм мозга и других мозговых заболеваниях, принятия определенных медикаментов (например, кардиазол) или при электрической стимуляции (как при электросудорожной терапии психозов).

В заключение можно сказать, что при эпилепсии наблюдается сочетание условий возникновения (как для припадков, так и для психических нарушений), что в основном соответствует многопричинному генезу психических заболеваний.

Эпилептические изменения личности. То, что эпилепсия *в детском возрасте* является в общем следствием ранних детских мозговых повреждений, сказывается на развитии *раннедетских экзогенных психосиндромов* большей или меньшей выраженности, но вряд ли на развитии характерных для взрослых больных эпилепсией изменений личности.

У части взрослых больных с припадками (примерно у 20 %), в основном при височной эпилепсии, наступают *изменения личности*, и притом сравнительно независимо от частоты припадков. Основные ее симптомы — заторможенность и прилипчивость. Такая структура, называемая *энехетической*, характеризуется следующими симптомами: мышление вязкое, в своих выражениях эпилептики обстоятельны и кропотливы, они говорят с излишними подробностями и часто повторяются. Привязанность к одной мысли, одной идее, одному представлению называется *персеверацией* и может быть выявлена тестом Роршаха: если на первой карточке этого теста определяется фигура животного, то и на всех последующих досках сохранится этот образ. Больные креп-

ко цепляются за свои привычки и все меньше склонны к ознакомлению с новым. Если они поняли содержание, то уже не могут отойти от него. Они склонны к чистосердечному, приверженному, преданному и назойливому преувеличению, по меньшей мере, своих чувств.

Их эмоциональные побуждения поднимаются часто на необычную высоту, мало управляемы и медленно угасают. Небольшая досада приводит их к длительному раздражению. По малейшему поводу возникает взрыв ярости и агрессивности, вплоть до насильственных преступлений. С другой стороны, эпилептики могут неожиданно чрезмерно радоваться, их благодарность внешне очень наглядна, готовность помочь навязчива. Совместная жизнь с другими затруднена, с одной стороны, вследствие их самодовольства и поисков справедливости, а с другой — вследствие их возбудимости. Они склонны переоценивать свое превосходство, становятся со временем все более упрямыми, однообразными и эгоцентрически суженными. С возрастом изменяется картина личности: нарастают замедленность и персеверации, ослабевают возбудимость и агрессивность. Однако у части больных нарастающая деменция нивелирует личность.

Энехетические изменения личности раньше считались свойственными лишь генуинной эпилепсии. Сегодня они характерны для большинства симптоматических эпилепсий височной области с психомоторными припадками. Встречаются также при опухолях, ранениях и других повреждениях височной области, когда нет никаких припадков. Поэтому энехетическое изменение состояния сегодня рассматривается скорее в связи с темпоральными мозговыми повреждениями (и соответственно с симптоматической височной эпилепсией), чем с наследственным заболеванием.

Следует обратить внимание на влияние медикаментозной терапии. Антиэпилептические средства могут усиливать такие психические особенности. Длительный прием барбитуратов может вызвать у здоровых энехетическую симптоматику. Современные антиконвульсанты значительно меньше вызывают подобные последствия.

Наконец следует обратить внимание на то, что психические изменения при эпилепсии могут быть выражением реакции больного на свое страдание и прежде всего на отношение к нему окружающих. Некоторые больные вынуждены полностью изолироваться, нередко вместе с ними и семьи, которые отгораживают больного от общества. Но и внутри семьи больные чувствуют отчуждение, прикрываемое преувеличенной заботливостью.

Но хотя эти внешние факторы и влияют, все же кажется, что в основе эпилептических изменений личности лежат предрасположение и конституция. Об этом свидетельствуют их раннее и относительно независимое от припадков появление (иногда уже до первого припадка), наблюдения за энехетическими личностями среди кровных родственников, в том числе и не страдающих эпилепсией; наличие взаимоотношений между энехетической структурой и физической конституцией, так называемой дефектной консти-

туцией. Такая конституция может встречаться и у больных, и в их семье, проявляясь атлетическим телосложением, импульсивным темпераментом, склонностью к вегетативной лабильности и интолерантностью к алкоголю (иктаффинный диатез по Мауцу).

Кроме того, при эпилепсии наблюдаются психические изменения, носящие совсем иной отпечаток. Особенно бывают лабильны, оживлены и очень экстравертированы больные с эпилепсией пробуждения (т. е. с припадками, развивающимися в основном рано утром, при пробуждении). Они склонны к безудержности и легкомыслию, внушаемы и подчиняемы, отличаются нетерпеливостью и отсутствием целеустремленности, самовозвеличиванием и хвастовством, доходящим до псевдологии. Многие из них обнаруживают вегетативную лабильность.

Сходным образом описывается «псевдопсихотический аффективный синдром» (У.Х.Петерс), скорее всего подчиненный психомоторной эпилепсии; он характеризуется нестойкой, очень изменчивой аффективностью, непредсказуемой и необъяснимой, длительными расстройствами настроения, инфантильной эгоцентрической и ипохондрической личностной структурой, затруднением социальной адаптации и опасностью деградации.

Относительно изменений личности при эпилепсии еще много нерешенных вопросов, в том числе относительно корреляции психопатологических симптомов и видов припадков. Хотя, с одной стороны, встречаются энехетические свойства с вязкостью и гиперсоциальным поведением при симптоматической, теменной и височной эпилепсии, а с другой — аффективно-лабильный синдром с возбудимостью и асоциальным поведением при генуинной, центрэнцефалической эпилепсии и эпилепсии пробуждения, все же эти взаимоотношения непостоянны.

Лечение. Наряду с противосудорожной терапией при специфических эпилептических изменениях личности показано психосоциотерапевтическое и фармакотерапевтическое лечение: с одной стороны, помощь в социальной сфере и в преодолении конфликтов, а с другой — нейролептики и антидепрессанты, которые целенаправленно действуют на симптомы.

Эпилептическая деменция. В противоположность изменениям характера эпилептическая деменция сводится к получаемым в процессе заболевания повреждениям (травматическим, метаболическим). Они появляются соответственно частоте припадков после 10 лет течения болезни и постоянно прогрессируют. Это относится в первую очередь к тяжелым госпитальным больным эпилепсией, 3/4 из которых после 20-летнего периода болезни, как правило, глубоко дементны. Для общей массы больных благодаря успешному применению антиконвульсантов эти цифры значительно меньше. Однако обратное развитие деменции под действием противосудорожного лечения встречается достаточно редко.

Симптоматологически эта деменция соответствует той, которая наступает при других мозговых заболеваниях. Ее особый отпечаток зависит от имеющихся одновременно эпилептических изменений личности. Ущерб интеллектуальным функциям от антиэпилептических медикаментов может оказаться большим, чем лечебный эффект от них.

Классификация по МКБ 10: F02.8.

Психозы. *Эпизодические ухудшения настроения* наступают обычно при височной эпилепсии, либо в пред- или послеприпадочный период (или даже вне зависимости от припадков). Их продолжительность составляет от нескольких часов до нескольких дней. Расстройства могут быть эйфорическими, а чаще смешанно-дисфорическими, иногда с возбудимостью. Могут развиться и длительные депрессивные расстройства, имеющие в ряде случаев тревожную окраску, часть из них — это меланхолические фазы. Суицидальные попытки и суициды среди больных эпилепсией встречаются чаще, чем у населения в целом; при этом больные редко используют медикаменты, чаще — насильственные методы. В состоянии возбуждения эпилептики могут быть опасны. В целом эти аффективные нарушения становятся причиной госпитализации чаще, чем припадки и деменция.

Пориомании (фуги, влечение к бродяжничеству) — это насильственное бегство из привычной обстановки, которое возникает вследствие эпилептических расстройств настроения, а также вследствие конфликтов с окружением, а чаще в связи с пубертатными кризами и невропатическими развитиями.

Сумеречные состояния наступают в большинстве случаев в связи с генерализованными или психомоторными припадками (так называемые *постпароксизмальные* сумеречные состояния). Несмотря на помраченное сознание, больные могут подчиняться простым требованиям и использовать заученные формы деятельности, хотя делают все это автоматически и, так сказать, как во сне. Длительность таких состояний от нескольких часов до нескольких дней. После определяется амнезия (иногда парциальная).На ЭЭГ наблюдаются диффузные высоко- или низкоамплитудные изменения основной электрической активности в тета- и дельта-волнах. Большинство сумеречных состояний протекает с беспокойством и возбуждением, а также с какой-то деятельностью и передвижением. В дальнейшем развивается ступор, экстатические и бредовые переживания. Терапевтически — противосудорожное лечение остается и осторожно добавляются нейролептики и бензодиазепины.

Частично управляемое сумеречное состояние может наблюдаться при *солнечных ударах*, в особености при легких мозговых травмах, когда сознание несколько затуманено и речь идет о том, что оно в своей ясности дискретно ограничено. Больные могут впадать в состояние психомоторного возбуждения или бессознательного поведения.

Рядом с постпароксизмальными лежат и *припадочные* сумеречные состояния, т. е. состояния, возникающие в результате генерализованных или фокальных припадков. Особенным является *пти-маль-статус*: в основе сумеречного состояния может лежать пти-маль-статус, который без ЭЭГ легко просматривается. Во время такой серии непрерывных малых припадков наблюдаются ретропульсивные движения головой как стойкий судорожный симптом или направленные вверх нистагмоидные движения глаз, психопатологически к этому добавляется оглушенность и скованность. Больные, чаще это дети, замедлены, даже ступорозны, дезориентированы, проявляют персеверации в разговоре и поступках, затем следует амнезия. Для диагноза пти-маль-статуса и разграничения его с пароксизмальными сумеречными состояниями решающим является ЭЭГ (3 спайк-волны в 1 с).

Галлюцинаторно-параноидные эпизоды. Сумеречные состояния эпилептиков многообразны и могут протекать с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой; чаще всего это органические психозы, но иногда они идентичны с шизофреническими синдромами. Они особенно характерны при комплекс-фокальных височноочаговых эпилепсиях и могут длиться от нескольких дней до нескольких недель, а иногда и дольше. Наблюдаются все формы бреда и галлюцинаций; амнезия может отсутствовать. Когда отмечается такой психотический эпизод без припадков и изменения на ЭЭГ нормализуются, говорят об *альтернативном психозе,* или *форсированной нормализации.* В таких случаях уменьшают противосудорожное лечение, сочетая с назначением нейролептиков или с электросудорожной терапией. Однако не все психотические эпизоды при эпилептической болезни протекают таким образом.

Здесь необходимо различать *хронические бредообразования* у эпилептиков. Биографический анализ в ряде случаев позволяет видеть, что *развитие бреда* происходит из постыдных переживаний больного, что он страдает пугающей всех болезнью, что вызывает неправильные и бесцеремонные реакции окружающих как в семье, так и в широком окружении.

Судебно-психиатрический аспект. Если *правонарушение* совершается в сумеречном состоянии, при эпилептическом психозе, однозначной и тяжелой дистрофии или при глубокой деменции, то эпилептик признается невменяемым. Но кроме сумеречных состояний и деменции, надо помнить, что энехетический эпилептик при переработке переживаний пользуется более узкими границами представлений, чем здоровый. Способность к управ-

лению эмоциями у него значительно снижена (уменьшенная вменяемость) или утрачена (невменяемость). Решение гражданских правовых вопросов зависит от степени эпилептических характерологических изменений и слабоумия.

Решение о *праве на вождение*, с одной стороны, зависит от припадков (см. учебники неврологии), а с другой — от психических нарушений. В каждом конкретном случае необходимо провести тщательное психиатрически-неврологическое исследование.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Умственная отсталость — это врожденный (обусловленный предрасположением или рано развившийся) недостаток интеллекта, сочетающийся с недостаточной дифференцировкой личности. Старые названия — слабоумие или олигофрения.

Частота. Распределение интеллекта у населения соответствует кривой Гаусса. Около 2/3 населения обнаруживает средний интеллектуальный коэффициент (средние показатели ±15 %). Примерно по 14 % находятся выше (сверхсредний, высокий и очень высокий интеллект) или ниже (интеллект ниже среднего). Эпидемиологические исследования в Мангейме показали: психическая задержка с интеллектуальным коэффициентом ниже 50 имеется у 5,4 % мальчиков и у 2,9 % девочек; интеллектуальный коэффициент ниже 60 — у 8,7 % мальчиков и у 6,4 % девочек. Сплошное исследование в Баварии дало во всех возрастах около 1,0—1,6 % в сопоставимых цифрах. Среди детей во всех исследованиях чаще поражаются мальчики, у взрослых эти различия не столь отчетливы. Психические задержки в верхних и средних социальных слоях встречаются реже, а в нижних — чаще, чем ожидаемые цифры. Поскольку терминология и классификация не совпадают, то данные о частоте их различны.

Картина проявлений. Отставание можно наблюдать в том возрасте, когда оно значительно отличается от нормального развития. Это примерно конец первого года жизни, нередко только на третьем году жизни. Чем тяжелее отставание, тем раньше оно выявляется.

Как правило, одновременно нарушается моторное развитие: запоздалое ползание, стояние и ходьба, задержанное и замедленное развитие речи. Эти нарушения раньше часто диагностировались как интеллектуальные задержки. Замедление развития и недостаточная дифференцировка личности отмечаются уже в детском возрасте в виде маловыразительного лица, а также в бедно-

сти побуждений, вплоть до ступорозных проявлений. Но чаще это психомоторное ограничение выражается в бесцельных побуждениях (гипермоторика).

В первую очередь поражается мышление, особенно теоретическое и абстрактное. При задержке в психическом развитии оно остается на уровне чувственных впечатлений и конкретики и не может преодолеть привычного, плохо абстрагирует и осмысляет события теоретически. К этому пример из Блейлера: «Если бы твоя мама умерла, кто бы давал тебе кушать?». Ответ: «Моя мама, она ведь еще жива».

Затрудняется образование понятий. Оценка представлений бедна. Ограничивается способность распознавать существенное и отличать его от несущественного, причины и следствия, охватывать значения, отношения и смысловые связи и, опираясь на это, осваивать новые ситуации. Особенно страдает возможность составлять заключения и выделять поведение и ведение жизни.

Исходя из этого, могут нарушаться внимание и восприятие, перцепция и другие процессы памяти, способность замечать и осмысливать, нарушается и речь. Из-за нарушения этих предпосылок возникает лишь малый инвентарь возможностей для школьного обучения и приобретения знаний, их удержания и применения. Но имеются люди с умственной отсталостью, которые обнаруживают удивительные способности памяти, особенно на детали, на впечатления и на счет. Иногда отдельные способности не задержаны, а выражены выше средних, например музыкальность, счет и технические способности. Этому способствует «комплекс недостаточности интеллекта», который развивается у многих больных с умственной отсталостью; они отчетливо чувствуют свою неполноценность и стремятся преодолеть комплекс неполноценности, полнее используя свои способности в ограниченной области.

И у взрослых отсталость касается не только интеллекта; психомоторика остается неуклюжей и дисгармоничной. Психическая структура проявляет низкую степень дифференцированности. Высшие эстетические и этические порывы могут отсутствовать. Функции влечений, чувств и воли остаются неполноценными. В общении с умственно отсталыми обнаруживается, с одной стороны, их легковерность, из-за которой им легко можно что-либо внушить, а с другой — упрямая косность, покоящаяся на слабости суждений. Эта безрассудность относится в первую очередь к недостаточной оценке своих способностей. У умственно отсталых с возрастом интеллектуальные возможности быстрее падают, а социальное приспособление лучше сохраняется.

Классификация по МКБ 10. Выделяют четыре степени умственной отсталости:

- ➢ легкое снижение интеллекта (F70): интеллектуальный коэффициент (IQ) 50–69, что примерно соответствует старому понятию *дебильность*; необходимо обучение в спецшколе, профессиональное обучение чаще не удается.
- ➢ среднее снижение интеллекта (F71): IQ 35–49, неполноценное формирование речи, невозможность самостоятельной жизни в целом, необходима опека.
- ➢ тяжелое снижение интеллекта (F72): IQ 20–34, что примерно соответствует прежнему понятию *имбецильности*. Имеются также моторные и другие центральные выпадения.
- ➢ самое тяжелое интеллектуальное снижение (F73): IQ ниже 20, что раньше называлось *идиотией*; общение с больным может быть только условным, он полностью нуждается в помощи, часто имеются сенсорные и другие соматические задержки.

С помощью этих четырех ступеней классифицируются и расстройства поведения, которые связаны с недостатком интеллекта.

Замедленное формирование интеллектуальных способностей может остановиться на любой ступени нормального развития. При более легких формах оно максимально достигает степени конкретных мыслительных операций (Пиаже), т. е. примерно интеллектуального возраста ребенка 7 лет. Мыслительные операции не позволяют осмысливать ситуации, с которыми встречается такой ребенок. При средней и тяжелых формах задержки дети остаются на уровне преоперационального и даже предпонятийного мышления. Конечно, задержка развития отдельных компонентов интеллекта неравнозначна. Поэтому при умственной отсталости отмечаются как частичные слабости, так и частичная одаренность.

Многочисленные особенности поведения этих больных являются выражением задержек межчеловеческих контактов и в результате этого социальное отвержение и изоляция, а также недостаточные или запоздалые оздоровительно-педагогические мероприятия. Под этим углом зрения следует рассматривать и нарушение сексуального поведения умственно отсталых. Психосексуальное развитие часто остается на уровне мастурбации.

Этиология. Умственная отсталость обусловлена разными причинами. Они могут быть унаследованы или рано приобретены.

Формы, которые возникают в результате повреждений мозга перед, во время и сразу после рождения, воспринимаются обобщенно с унаследованными формами (они не отличаются психопатологически друг от друга) как «врожденные». Очевидно, наследственно обусловлено большинство случаев умственной отсталости. Различают две группы больных с умственной отсталостью. В первой группе, более многочисленной, кроме умственной отсталости, не определяется или почти не определяется других аномалий; при медицинских исследованиях не устанавливают существенных изменений. К легким формам в этой группе относится от половины до 2/3 всех случаев, к тяжелым формам — лишь небольшая часть.

Наследственность принято считать мультифакторной (полигения). Если один из родителей имеет умственную отсталость, то дети в 29,1 % случаев бывают с умственной отсталостью, а при страдании обоих родителей — даже в 65,1 %, а у детей с нормальными родителями — 5,7 % (Юда). Исследования однояйцовых близнецов дают около 80 %, двуяйцовых — 8 % (Смит).

Во второй группе наследственных форм патогенез известен. Речь идет о *наследственных нарушениях обмена веществ*, прежде всего о генетически обусловленных энзимопатиях (в большинстве случаев рецессивное наследование, частично связанное с полом), которые, кроме соматических и неврологических расстройств, вызывают умственную отсталость вследствие токсического повреждения мозга. Даже у родственников с нормальным интеллектом нагрузка на подозреваемый энзим обнаруживает в ряде случаев атипичные показатели распада этих веществ в организме. Вторая группа намного меньше первой, но для науки и клиники она важна, поскольку при некоторых формах возможна профилактика: своевременно выявленная патология позволяет изъять неразлагаемое вещество из питания или связывать его в организме.

В частности, речь идет о фенилкетонурии, гомоцистинурии, болезни кленового сиропа, гистидинемии, синдроме Ретта, галактоземии, муколипидозах, мукополисахаридозах, болезни Гаухера, болезни Ниманна—Пика и др. (см. книги по педиатрии и детской психиатрии). Другие метаболические причины — врожденные гормональные расстройства, особенно со стороны щитовидной железы. Умственная отсталость может быть также следствием расстройств развития и уродств мозга, что частично обусловлено наследственностью; об этом указывается в учебниках неврологии.

От этих форм отличаются другие виды умственной отсталости, которые хотя и являются врожденными, но не наследственными, а *перинатально приобретенными* — травматическими или

гипоксическими мозговыми повреждениями во время родов, при инфекционных заболеваниях матери (включая сифилис и токсоплазмоз) либо при злоупотреблении алкоголем или наркотиками во время беременности, в связи с гормональными и обменными заболеваниями у матери, лучевыми поражениями и, наконец, тяжелыми заболеваниями и нарушениями питания в младенчестве.

Хромосомные аномалии. По этиологии и клинике особое положение занимает трисомия по 21-й паре (синдром Дауна, ранее – монголоидизм). (Сравнение с выражением лица монгола неприемлемо, так как это расстройство проходит в одинаковой форме у всех рас, населяющих Землю, поэтому предпочтение отдано имени автора, впервые его описавшего.) Внешние аспекты нельзя не заметить: голова маленькая и круглая, глаза широко расставлены и обнаруживают типичный эпикантус, «монголоидную складку». Корень носа широкий, рот слегка приоткрыт, язык утолщенный, с полосками, короткая шея стоит на коротком туловище, руки и ноги неуклюжие. Характерна также четырехпальцевая борозда, идущая поперек всей ладони. Суставы излишне подвижны, кожа грубая и сухая, голос глубокий. При рождении эти дети имеют нормальный рост, а в процессе развития в росте отстают. Психическое развитие замедленное и неполноценное.

Смертность в детском возрасте раньше была высокой. Сегодня количество пациентов, достигающих взрослого возраста, постоянно увеличивается. Примечательно, что после фазы физического созревания и несколько запаздывающего пубертатного периода наступает ускоренное взросление. У тех больных, которые умирают в 40 лет или позже, в большинстве случаев отмечаются типичные неврологические симптомы болезни Альцгеймера.

Этот синдром связывают с лишней хромосомой 21 (трисомия 21). Больные имеют 47 хромосом вместо 46. Реже бывает 46 хромосом, но лишняя 21-я хромосома соединяется с другой хромосомой (трансплантационный синдром Дауна: парциальная трисомия 21). Неизвестно, чем обусловлены эти хромосомные аномалии. Известно только, что относительно высокий возраст как матери, так и отца приводит к нарушению в овогенезе и спермиогенезе.

Для раннего диагноза у матери в возрасте 34 лет и более с 18 недель можно проводить амниоцентез и хромосомный анализ. Хромосомные исследования при спонтанных абортах показывают, что нередко имеются подобные трисомии или другие хромосомные аномалии и поэтому плод оказывается нежизнеспособным. Синдром Дауна обнаруживают у 0,3–0,4 % детей, у 0,12 % новорожденных от более старых матерей. С тех пор как стал доступен амниоцентез для стареющих матерей, синдром Дауна часто обнаруживают и у детей от более молодых матерей. Всего он составляет 9 % психических задержек.

При *аномалиях половых хромосом* (составляющих около 2 %) также встречаются нарушения интеллекта: при XYY-синдроме и синдроме Клайнфелтера (у мужчин больше, чем одна X-хромосома) обычно немного сниженный интеллектуальный коэффициент по сравнению со здоровыми; при синдроме Тернера (X0) – нарушения в области невербального интеллекта; при трипло-X-хромосоме (XXX) – явная пониженная одаренность. При аномалиях половых хромосом чаще наблюдаются нарушения личности и поведения. Синдром фрагильной X хромосомы или синдром Мартина–Белла, встречаемость 1:1000, вторая по частоте хромосомальная причина умственной отсталости.

Диагноз и дифференциальный диагноз. В раннем детстве замедление психомоторного и речевого развития возбуждает подозрение в умственной отсталости. Но только к трем годам диагноз может стать достоверным, основная масса детей с умственной отсталостью распознается позже.

В детских садах дети с умственной отсталостью обращают на себя внимание тем, что они не выполняют требуемых от них заданий; однако это может иметь и другие, психореактивные причины. В начальную школу дети с умственной отсталостью ходить не в состоянии, даже в спецшколе требования для них могут оказаться завышенными, поскольку среди их соучеников, которые слабо учатся, не все имеют умственную отсталость. С другой стороны, не все дети, посещающие спецшколу, должны только по этой причине считаться умственно отсталыми, так как при направлении иногда может быть поставлен ложный диагноз, когда тяжелые невротические нарушения рассматриваются как умственная отсталость (так называемая псевдодебильность). Если ребенок изучил культурную технику (чтение, письмо, счет), едва ли уместен диагноз умственной отсталости. Однако умственно отсталые могут иметь некоторые описанные способности, например хорошую память (прежде всего механическую) и музыкальность, что не противоречит диагнозу.

Поэтому в каждом конкретном случае необходимо тщательное *психологическое тестирование*, которое не должно ограничиваться *только* тестом на интеллект. При этом внимание надо обращать на отдельные западения в интеллектуальном профиле и на сравнительно хорошо развитые способности, чтобы давать толковые советы по обучению и профессиональной деятельности. При помощи проективных тестов можно дать заключение, насколько эмоциональные факторы нарушают психическую деятельность. Недифференцированные, инфантильные, «с одной извилиной» люди могут казаться необразованными или дебильными, хотя они не таковы. Во время острых психозов и при состояниях эмоциональных расстройств полноценное исследование интеллекта невозможно.

Если человек по требованию не может объяснить, как он сам или его окружение воздействует на его способности действовать, речь идет об *относительном слабоумии*. Многие из таких людей склонны к тому, чтобы гиперкомпенсаторно втираться в доверие, некоторые из них становятся аферистами и мошенниками. Другие малоразвитые люди могут удивительным образом приспосабливаться, например, хорошо поддерживать беседу, выступать со своими относительными способностями (рисование, музыка и т. д.) и пытаться маскировать свои недостатки, или перенять стиль своего окружения

(раньше это называлось *салонным слабоумием*). Если им предлагают серьезное задание, они отказываются его выполнить, главным образом потому, что не могут выученное применить на практике.

Отграничить умственную отсталость от детского аутизма бывает трудно, поскольку между ними могут быть переходные формы. За аутизм говорят интеллект и дифференцированное выражение лица, выраженная фиксация на объектах и тенденция к изоляции.

От деменции (позднее приобретенное органически-мозговое нарушение интеллекта) больные с задержкой развития отличаются прежде всего тем, что у них изначально нарушено развитие интеллекта, т. е. страдают приобретение знаний и дифференцировка личности, тогда как при деменции сохраняются хотя бы остатки предшествовавшего интеллекта, обрывки знаний и элементы высокой дифференцировки. Интеллектуальные тесты подтверждают эти различия.

Социальные проблемы. Интеграция умственно отсталых и их родственников представляет особую проблему. Несмотря на все усилия оказать помощь и на поощрения, такой ребенок остается для семьи тяжелой обузой. Семья ограничена в возможностях развития. К тому же имеется труднопреодолимая склонность воспринимать плохо развивающееся дитя, как позор, который по возможности надо скрывать от окружающих. С одной стороны, социальную интеграцию затрудняет глубоко укоренившееся отношение социально полноценных (из-за страха за свою психическую целостность), а с другой — необходимость иметь для умственно отсталых специальные учреждения, такие как специальный детский сад, специальная школа, специальные мастерские и другие заведения.

Поэтому необходимо поддерживать все эти организации. Однако все же следует помнить, что этих организаций недостаточно для оптимального и дифференцированного развития больного. Полноценная интеграция не должна чем-то ограничиваться. Однако если все делается для больного, то семья может оказаться в изоляции. Многие взрослые больные чувствуют себя лучше в среде себе подобных, чем среди оказывающих им полуправдивое уважение здоровых.

Если ребенок с умственной отсталостью становится взрослым, в семье часто возникают проблемы симбиоза с родителями. Самостоятельность, которая необходима и лицам с умственной отсталостью, затрудняется, если вообще возможна. Желанная некоторыми родителями стерилизация больного в принципе возможна только с согласия самого больного, но она очень редко бывает обоснованной.

Лечение. Больные с умственной отсталостью больше нуждаются в педагогической помощи, чем во врачебном лечении. Если

они заболевают психически, их должны лечить детские психиатры или общие психиатры. В остальном же врачи работают вместе по оздоровительно-педагогическим мероприятиям с этими больными. Мероприятия должны проводиться по возможности рано и целенаправленно, так как в специальных детских садах и специальных школах не всегда есть такие возможности. Поэтому может быть полезным амбулаторное оздоровительно-педагогическое лечение при помощи родителей. Врач и педагог не должны поддерживать иллюзии о терапевтических возможностях, за которые цепляются родители, отчаявшиеся в своих надеждах. Терпеливыми разъяснениями надо постепенно подводить родителей к мысли, что следует признать факт умственной отсталости ребенка. Только тогда станет полезной совместная работа по оздоровительной педагогике.

Врач, дающий советы, стоит перед важной задачей координировать все необходимые мероприятия (оздоровительно-педагогическая активность, лечебная гимнастика, исправление речи, в том числе и логопедия) и одновременно избежать перегрузок. Его советы должны включать сообщения о социальной помощи, предусмотренной государственным законом.

Медикаментозного лечения больных с умственной отсталостью нет. Психофармакологические средства не добавляют интеллекта больному, разве что воздействуют на его влечения. Дети с тяжелой умственной отсталостью часто очень двигательно беспокойны (эретичны), их разрушительное беспокойство причиняет много трудностей. При этом нейролептики (например, дипиперон) помогают только временно.

При олигофрениях, обусловленных заболеваниями обмена веществ, возможна профилактика. Для установления подобного диагноза необходимо сплошное обследование новорожденных. Для скрининга применяют микробиологический метод по Гутри, который охватывает фенилкетонурию, гистидинемию, болезнь кленового сиропа и гомоцистинурию. Примерами эффективной профилактики являются лечение фенилкетонурии диетой без аланина и лечение галактоземий диетой без молочного сахара. Диеты эти должны продолжаться до начала учебы в школе. Стоимость скрининга и диет высокая, но меньше стоимости поддержки и заботы. Однако в сравнении с общей массой больных с умственной отсталостью больные с нарушениями обмена веществ составляют исчезающе малую часть.

Госпитализации примерно половины больных с умственной отсталостью можно избежать, если налажены их жизненные условия и они имеют работу соответственно их способностям. Для этого служат места в дневном стационаре, специальные мастерские и дома-общежития, которых все еще недостаточно. При тяжелых формах олигофрении показана длительная госпитализация с врачебным попечением. В большинстве случаев возможен перевод в открытые дома, где рабочая терапия особенно важна для таких больных.

Психические заболевания при умственной отсталости. Когда умственно отсталый заболевает психически, что случается не так редко, должно проводиться психиатрическое лечение, в том числе и стационарное.

Реакции на конфликт часты и возникают, как правило, уже на основе недостаточности адаптационных возможностей этих больных. В симптоматике таких реакций много необычного, и может возникать ложное впечатление о развитии психоза.

Шизофрении при умственной отсталости диагностируются достаточно часто. Предположение, что имеется отдельная группа заболеваний шизофреническими психозами при умственной отсталости (так называемая профшизофрения), не оправдалось.

Расстройства эмоционального состояния часты, в большинстве случаев они депрессивно-раздражительного, реже эйфорического типа. На незначительный повод умственно отсталый может среагировать сильным взрывом ярости. Некоторые эпизодические состояния расстройства настроения и ажитации у этих больных сходны с такими же при эпилептической болезни, эпилепсия и умственная отсталость часто обязаны друг другу своим появлением. *Меланхолии* также возникают от умственной отсталости из-за ограничения способности выражать такими больными тяжелые переживания по сравнению с *маниями*.

Подходы к фармакотерапевтическому лечению психозов у умственно отсталых не отличаются от обычных. Терапевтическое общение с умственно отсталыми особенно затруднено.

Сексуальные девиации у умственно отсталых связаны с нарушением психосексуального развития. Относительно часты эксгибиционизм, педофилия и зоофилия у мужчин, а проституция — у женщин с умственной отсталостью.

Психиатрия умственно отсталых до сих пор мало развитая область, особенно в терапевтическом отношении. (Во времена нацистского правления таких больных предпочитали делать жертвами эвтаназии.) Для тяжелых и хронических больных в психиатрических больницах обычно выделяются специализированные палаты (ориентированные одновременно психиатрически и педагогически), и, более того, снабженные оборудованием для реабилитации.

Правовые аспекты. Современные правовые нормы социального обслуживания позволяют помещать подопечного в какие-либо учреждения с лишением свободы только по твердо установленным правилам: наличие доказательства, что это пойдет на пользу здоровья подопечного; решение опекунского суда.

Стерилизация малолетних запрещена в 1992 г. Стерилизация совершеннолетних с умственной отсталостью, которые не дают на это согласия, возможна при определенных показаниях, оговоренных в соответствующем законе.

Если в *уголовном праве* стоит вопрос о невменяемости или уменьшенной вменяемости, то решение зависит не только от степени интеллектуальной неполноценности, а, как и у других психических больных, учитываются личность в целом и ситуация правонарушения. При аффективных действиях может недостаточно осознаваться недозволенность деяния и способность к ответственности уменьшается или исключается.

Право на вождение при выраженной умственной отсталости вообще не выдается. В более легких случаях предпринимается тщательное медицинское и психологическое обследование. Иногда разрешается ограниченное право на вождение, например в сельском хозяйстве.

III. ЛЕЧЕНИЕ

ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Как и вообще в медицине, в психиатрии имеются определенные *предпосылки* для лечения. Сюда относятся глубокие знания о болезни, тщательные исследования и по возможности точный диагноз. Однако на самом деле это не так, как звучит: недостаточно исходить из поверхностно описанных признаков, надо изучать также психодинамические, психосоциальные и психосоматические аспекты. И ни в коем случае нельзя пренебрегать соматическим обследованием. Необходимо исходить из того, что исследование многостороннее и диагноз соответственно широкий. Только на основе широкого исследования можно обрисовать показания и противопоказания к лечебным мероприятиям.

Дальнейшие предпосылки к лечению лежат в *установке* врачей, которая должна быть ориентирована на больного, а не только на методические приемы. При лечении детей и подростков ценится установка, ориентированная как на пациента, так и на его родителей и близких, которые в определенной степени также являются пациентами, т. е. страдающими. Многосторонность врачей в смысле многопланово ориентированной психиатрии непреложна; односторонность вредит комплексному пониманию болезненного процесса.

Основные психотерапевтические принципы. Большое практическое значение имеет *психотерапевтическая установка* врача в отношении больного. Под «психотерапевтической» здесь понимается не определенный метод лечения, а основа отношения к больному: терапевт встречается с больным основательно и всегда, независимо от вида лечения; психотерапевтически, поскольку он видит в нем человека с его проблемами и конфликтами, личными нуждами и претензиями к врачу, пытается их понять и принять. При этом приходится встречаться с сопротивлением и возбуждением, переносом и контрпереносом. При последнем виде лечения врач должен пытаться воспринять точку зрения больного (патический аспект).

Психотерапевтическая установка — это основа не только для применения специальных видов терапии (в том числе и фармакотерапии), но и повседневная работа всех сотрудников в психиатрии, особенно медсестер и санитарок, которые ближе к больному. Это главнейшая задача продолжения образования и совершенствования, которая освещает вопросы взаимоотношений с больным (особенно в балинтовских группах). Частности такого психотерапевтического подхода к психически больному и его родственникам описаны в специальной главе.

Основы терапии в больнице. Атмосферу в психиатрической больнице Всемирная организация здравоохранения считает самым важным терапевтическим фактором при стационарном лечении. То, что говорится о психотерапевтических установках сотрудников, в целом относится и к терапевтической культуре больницы. «Атмосфера психиатрической клиники должна быть психотерапевтической, иначе она — ничто» (Мауц). Основы для этого создает терапия средой.

Терапия средой. Как при амбулаторной терапии учитывается семейный и социальный фон больного, так и при стационарном лечении необходимо сохранение подобной среды в больнице. Особенно для хронически больного, который надолго остается в стационаре, должна сохраняться домашняя атмосфера, по возможности больше свободы и инициативы. Между группами больных осуществляются межчеловеческие контакты. Занятость и труд должны быть доступны так же, как рациональное использование свободного времени. Для этого в психбольницах создаются пункты свиданий и гостевые помещения, помещения для собраний и спортзалы. Организуются совместные вечерние занятия, экскурсии и каникулы. Все это дает больному возможность считать, что к нему относятся, как к здоровому.

При этом следует заботиться не столько о видах занятий, сколько о гуманной атмосфере. «Чем больше психотический человек в своих жестах и выражениях отдаляется от своего человеческого облика, тем более последовательно и безошибочно должны мы к нему относиться по-человечески» (Мауц). Обобщая назначение среды, Хайм описал ее как структурирующую, уравновешивающую, оживляющую и ухаживающую. При этом ее действие можно обозначить примерно как только формирующее стиль, однако отдельные факторы терапевтической среды для палат с разными пациентами и с разным лечением могут не согласовываться друг с другом.

Исходя из этого, терапия средой улучшает прогноз на выздоровление и ресоциализацию («инструмент выздоровления», по Эскиролю, 1805). По возможности «нормальная» среда с названными мероприятиями приводит к тому, что в больном развиваются здоровые черты. Поэтому оправдано название *«терапия средой»*. Вместе с тем эта ситуация позволяет проводить *собственно* терапию и добиваться успеха. Три следующие области базовой терапии рассматриваются дальше более детально.

Трудовая терапия. Необходимо заботиться о действительной работе, а не о том, чтобы «как бы работать». Требования должны соответствовать возможностям больного. Мероприятия эти носят ступенчатый характер. Целям трудовой терапии служат реабилитационные мастерские или мастерские с лечебно-охранительным режимом.

Трудовая терапия принадлежит к старым способам лечения психически больных (Пинель, 1802). С особой последовательностью ее проводил в 20-е годы Г. Симон в психиатрической больнице Гютерслоу, позже В. Шульте одновременно с терапией средой и психотерапией. Это «активирующее лечение больных» вызывает пробуждение здоровых сил с помощью ответственной работы. Она направлена не столько против болезни, сколько на личность больного, на его возможность деятельности и самостоятельность. Если больные шизофренией при первом пребывании в больнице не принимают участия в трудовой терапии и эрготерапии, у них часто отмечается длительная госпитализация. Трудовая терапия в психиатрической больнице должна быть поворотом к общей трудовой жизни и должна определять направление трудового стиля и выбора его объектов. С ее помощью больных должны готовить к сельскохозяйственным работам, или к ремесленным видам труда, или же к работе в бюро. В целях получения выгоды больные должны быть финансово заинтересованы в своем предприятии. Насколько возможно, больные должны регулировать свое участие в делах и в разделении труда, а также в управлении заказами и заданиями. Трудовая терапия сейчас во многом организуется как поведенческая терапия.

Эрготерапия. Она меньше нацелена на руководство и продукцию, а больше на осмысленное участие. Благодаря радости собственного творчества и побуждения творческих импульсов активизируются здоровые силы и собственная инициатива. Спектр деятельности широкий, он распространяется от ручного труда и поделок до искусства, к которому способны в удивительной мере многие, даже аутичные больные шизофренией в стадиях острого и самого тяжелого состояния. Задания могут выражаться в исполнении повседневных занятий — варки, стирки, покупок. Эрготерапия, для обозначения которой давно не применяется термин «терапия занятостью», с одной стороны, граничит с трудовой терапией, а с другой — с терапией искусством.

Терапия искусством. Сюда относятся рисование, живопись, скульптура и другие направления изобразительного искусства. При этом у некоторых больных обнаруживаются неизвестные до сих пор способности. Некоторые произведения выразительно отражают текущее состояние больных. Важны и диагностическая интерпретация, и терапевтический аспект: терапия искусством может напрямую действовать раскрепощающе, а в гештальт-группах обеспечивать доступ к чувствам.

Музыкальная терапия. Музицирование должно включаться в повседневную жизнь клиник, в виде музыкальных занятий, проводимых в группах пения, или инструментального исполнения. Музыкальная *терапия* должна проводиться музыкальным терапевтом со специальным образованием: музыка у психически больных (особенно у психотических больных) используется с учетом психопатологических проявлений, а также с учетом ее воздействующих и коммуникационных особенностей. Приемлемость музыкальной терапии так же убедительна, как и приемлемость терапии искусством.

Обучение и просвещение. Школьная учеба на всех ступенях (вплоть до второй ступени гимназии и профессионального образования) является принадлежностью психиатрических клиник и больниц. Цель обучения — стремление к осмысленной деятельности, посредничество в усвоении учебного материала, устранение пропусков в обучении или их предотвращение, возврат в нормальную школу, советы по дальнейшему образованию и профессиональному обучению и, не в последнюю очередь, персональное руководство юными пациентами. Таким путем педагог приобретает важные функции в психиатрии. Соответственно *пожелания по дальнейшему обучению* полезны и взрослым пациентам (курсы после высшей школы).

Терапия средой, трудовая терапия и эрготерапия, терапия искусством и музыкой, педагогическая работа, физиотерапия и гимнастика служат усилению здоровой части личности, они по возможности возвращают к нормальной жизни, нацелены на поощрение здоровья, а терапия в медицинском смысле также направлена на поощрение здоровья путем регулирования болезни.

Можно спросить, справедливо ли здесь говорить о «терапии»? Да, справедливо, потому что эти мероприятия служат лечению (греч. слово «терапия» означает «служить»). Чем меньше эти мероприятия понимаются как терапия в медицинском смысле, тем больше они происходят как деятельность по собственной воле (работать, двигаться, обучаться), тем больше достигается нечто здоровое и нормальное, тем полезнее они для больного. Он воздействует сам на свое здоровье и переживает за него. «Он должен снова и снова как можно сильнее действовать в направлении восстановления и укрепления

своего прежнего Я, которое, несмотря на то, что долгое время находилось в сумасшествии, еще не потеряно безвозвратно, а только лишь поверхностно задавлено, и ... оно снова готово к тому, чтобы возвыситься» (Гризингер, 1845).

Психиатрическое отделение как группа. Если предоставлять ведение совместной жизни в стационаре самим больным, то это часто действует неблагоприятно на их взаимодействие и причиняет ущерб лечению отдельного больного. Если же постараться направить эти отношения с помощью персонала и использовать терапевтически, то создается *терапевтическое сообщество* (Мейн, 1946; Джонс, 1952). При терапевтическом ведении группы в отделении или дневной клинике могут стать полезными обобщенный опыт пациентов и особенно межчеловеческие отношения.

Особенно этому служат регулярные групповые беседы (включая сотрудников), в ходе которых обсуждаются порядок в стационаре, совместная жизнь, организация лечения, работа и активный отдых и даже устройство помещений стационара. Вертикальная организационная структура больницы дополняется горизонтальной структурой на уровне отделения. Во всяком случае, претензии терапевтического сообщества к отдельным больным должны иметь свою ценность.

Социотерапия – существенный камень в основе психиатрического лечения. Это работа меньше проводится в стационаре, чем в социальном окружении больного, на уровне его каждодневной деятельности (психотерапия должна проводиться как во время врачебного лечения, так и в реальной ситуации). Психиатрическая социотерапия должна улучшать жизненные условия больного, особенно в области жилья, работы и свободного времени. Она служит в основном *реабилитации.* Значительную часть этой работы выполняет *социальный работник (внутренний)* (понятийно следует понимать психиатрическую социальную работу как часть социотерапии). Наряду с указанными задачами социальный работник заботится о социально-правовых делах пациента (несение расходов, страховка, пенсии и т. д.).

Лечение и забота о психически больном требует большого штата *персонала,* качественно и количественно. Большая потребность в персонале психиатрических учреждений компенсируется их малой нагрузкой (сравните с другими медицинскими клиниками). В психиатрии работают представители разных профессий, и они дополняют друг друга. Кооперация постоянно должна внедряться и становиться традиционной. К тому же во многих психиатрических больницах работают так называемые *добровольные помощники* (в одиночку или группами), особенно в организации свободного времени и работе по обучению больных. Они поддерживают контакты с больными на неформальном уровне и составляют переходную связь с социальным миром.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия – это лечение больного человека психическими средствами, терапия по определенным методическим правилам.

История научной психотерапии начинается в конце 19 в. с исследований гипноза, далее последовал психоанализ З. Фрейда, который в первых десятилетиях 20 в. дополнился многими ответвлениями. И.Х. Шульц (1932) как первое телесно-ориентированное терапевтическое мероприятие описал аутогенную тренировку, чуть позже Э. Джекобсон – прогрессивную релаксацию. Индивидуальная психотерапия в послевоенные годы была дополнена групповой психотерапией, вначале в форме аналитически ориентированной групповой психотерапии, а затем в иных формах групповой психотерапии. Позже развились психотерапия пар и семейная психотерапия. Существенно новое дополнение к психотерапии возникло в 50-е годы из экспериментальной психологии, особенно психологии научения; этот опыт поведенческой терапии с 50-х годов нашел широкое распространение в психиатрии.

Психотерапия возможна в столь различных видах, что ее трудно определить в целом. *Определение,* данное Строцки, представляется всеохватывающим: «Психотерапия – это осознанный и распланированный процесс взаимодействия для влияния на нарушения поведения и состояние страданий, который проводится в консенсусе (по возможности между пациентом, терапевтом и относящимся к ним лицам) для нуждающихся в лечении психологическими средствами (путем общения). Большей частью вербально, но и невербально, в направлении определенной, по возможности совместно разработанной цели (минимизация симптомов и/или структурное изменение личности) с помощью изученной техники на основе теории нормального и патологического поведения». Близкое к практике определение дает Вольберг: «Психотерапия – это лечение эмоциональных проблем психологическими средствами, для чего образованный терапевт устанавливает обдуманно профессиональные отношения с пациентом с целью устранить или смягчить имеющиеся симптомы, выправить нарушенные отношения и способствовать благоприятному развитию и созреванию личности».

В более широком смысле *психотерапевтическая установка* означает описанное основное поведение врача и его сотрудников в отношениях с больным. Сходным образом понимается «психосоматическое основное призрение», а именно разумное проникновение в психосоциальную ситуацию и соответственно в психосоматические жалобы больного. Сюда относятся уделение внимания, готовность к помощи и полное понимания участие в нуждах больного без того, чтобы называть это психотерапией. От психотерапии от-

деляются врачебные советы, психологические рекомендации и социотерапия.

Психотерапия иногда ложно определяется как лечение только психореактивных заболеваний. Психически возникающие расстройства не лечатся исключительно психотерапевтически, так же как и возникающие соматически – исключительно соматически. При неврозах могут применяться соматические методы лечения. С другой стороны, при соматически обусловленных заболеваниях бывает необходима психотерапевтическая помощь. Точно так же как и диагностика, терапия в психиатрии должна быть разносторонне направлена.

В этой главе кратко дается введение в психотерапию. Прежде всего должны быть представлены общие основы психодинамической терапии и поведенческой терапии – важнейших разделов психиатрической терапии. Показания к ним уже были изложены в специальных главах. Нижеследующее изложение в первую очередь касается психотерапии при неврозах и относится к главе общего учения о неврозах. При тяжелых неврозах (с пограничной организацией личности) действуют особые правила; психотерапия при психозах, как это будет разъяснено, существенно отличается от таковой при неврозах.

Психодинамические основы. Психоанализ (начавшийся с З. Фрейда; рис. 10, цв. вкл.) развился на основе теории личности и методов ее лечения, и для этого разработаны общие психодинамические основы психотерапии и специальные рационально ориентированные и конфликтцентрированные подходы.

Как ведет себя врач и пациент во время психотерапии, лишь внешне соответствует «разговору» в обычном смысле. Образ действий и цели здесь иные. Цель аналитически ориентированной психотерапии заключается в том, чтобы достичь труднодоступных психических областей, особенно неосознанных эмоциональных процессов в межчеловеческих отношениях. Для этого больному предлагают излагать и освещать спонтанные мысли, которые ему приходят в голову, не выбирая того, что ему самому кажется важным, и не отбрасывая того, что ему кажется ненужным и мучительным. Так, больной может вспоминать эпизоды своей прежней жизни и своего поведения, которые были вытеснены в бессознательное. Этим *свободным ассоциациям* пациента соответствует со стороны терапевта *свободно парящее внимание.* При этом врач во многом более сдержан и пассивен, чем при других формах отношений врач–пациент. Он действует как катализатор, который этим «перенесениям» дает ход или сдерживает их без того, чтобы самому на них активно воздействовать.

Пути к бессознательному открывает анализ *поведения*: что больной сообщает о своем повседневном поведении, особенно о совместной жизни со своими близкими, и что он может сообщить врачу о своем поведении. При этом внимание обращается на такие ошибочные формы поведения, как нечаянные оговорки; так как эти *ошибочные действия* не случайны, они определяются вытесненными неосознанными импульсами.

Следующий путь к бессознательному — *анализ сновидений*. Если представления и чувства, переживаемые в сновидении, переводятся на язык символов, то в анализе сновидений происходит переход к изначальному содержанию символических высказываний. Фрейд видел в толковании сновидений основной смысл анализа, сегодня доминирует анализ поведения и взаимоотношений.

То, что вытекает из ассоциаций, поведения, ошибочных действий, в результате *интерпретации,* или *толкования* (см. ниже), переводится в содержание сознания и становится полезным для лечения. Этому больной (опять таки бессознательно) *сопротивляется,* чтобы не затрагивать свой статус невротического компромисса в возможной постановке вопроса. Сопротивление больного проявляется во многом в его поведении, особенно в его отношении к терапевту. Это объясняется как *перенос*. Под переносом подразумевается следующее: прежние переживания и поступки переносятся на другое лицо, в данном случае на терапевта. Это может быть, например, «новое обременение отношениями отца и матери, которое лежало в основе ранних переживаний в детстве» (Скотландер).

Переносы постоянно констатируются во всех видах психотерапии, в психоаналитически ориентированных терапиях они являются средством лечения, так как перенос предоставляет возможность оживить ранее неразрешенные конфликты вновь, заново их пережить, переработать в отношениях и по возможности положительно разрешить. Терапевт представляет для больного тот мир, который был ему до сих пор недоступен. Этому противостоят из указанных причин бессознательные силы, так называемое сопротивление переносу.

Терапевт должен заботиться о том, чтобы реагировать в своих отношениях с больным соответствующим образом, чтобы «в своем отношении к больному быть несвободным от своих собственных (его, врача) личностных особенностей, корни которых лежат в его собственных установках» (Меервайн). Такой *контрперенос*,

т. е. эмоциональный ответ терапевта на поведение больного, может эмоционально тормозить лечение, если он остается нераспознанным и неконтролируемым. Лечение, как и перенос, нуждается в тщательном контроле, может быть с помощью другого опытного психотерапевта.

Когда сопротивление и перенос определены, первостепенной психотерапевтической задачей становится их анализ. Он пользуется *толкованием (интерпретацией)*: «то, что будет переработано, станет из «скрытого смысла» прозрачным и понятным. Благодаря толкованию, казалось бы, бессмысленное становится осмысленным, искусственно разорванное возвращает свои естественные связи, неясное становится ясным, чуждое обретает доверие и необдуманное или оставленное без внимания приобретает новое и динамическое значение» (Меервайн).

Толкование становится осмысленным лишь тогда, когда пациент в состоянии его эмоционально понять, когда он сам стоит близко к распознаванию этих смысловых связей. Слишком поспешное толкование бесполезно. «Золотое правило» (Куипер) гласит: что, как, о чем. Это означает: путем толкования объяснить больному, что он вытесняет; далее – как это получилось и, наконец, о каком содержании идет речь. Словесно толкования должны подходить к уровню мира мыслей и представлений каждого больного. Все профессиональные выражения необходимо исключить: больной не должен эти положения выучить рационально, а его знание должно привести его самого к нужному заключению.

Эти предварительные психотерапевтические положения создают основу описываемых далее отдельных методик. Ваш общий медиум – это разговор (отсюда также вербальные, интерпретативные или герменевтические методики). Речь – это больше, чем способность одного человека что-то передавать другому, это «дом бытия» (Хайдеггер). «Психическая реальность с помощью речи становится интерпретативной реальностью» (Куипер).

Традиционный психоанализ. Эта форма психотерапии сегодня применяется редко. Ее методические признаки: в заранее определенной частоте сеансов, а именно 5 (минимум 3) часов в неделю в течение двух или более лет; пациент лежит (врач сидит позади него), при этом происходит регрессия; весь появляющийся «материал» проходит в лечение без отбора; допускается «невроз переноса»; анализ сопротивления и переноса стоит в центре внимания; психотерапевт остается достаточно пассивным и соблюдает психотерапевтическую абстиненцию: не дает советов, не

допускает контактов с родственниками, отвергает личные контакты с пациентом вне сеансов лечения.

Целью этой методики являются ревизия процессов вытеснения, возврат к инфантильным корням конфликтов, а также их переработка с лучшим результатом и усиление Я с высвобождением энергии, которая до той поры была связана невротическими защитными механизмами. Благодаря избавлению от симптомов достигается переориентировка личности.

Эта методика опирается на самое раннее, введенное З.Фрейдом психоаналитическое лечение. Другие психотерапевтические школы и направления расставили иные акценты.

Индивидуальная психология А. Адлера меньше нацеливает терапию на просветление прошлого и переработку конфликтов (неосознанные влечения и защитные механизмы он не признавал). А. Адлер старался выработать «стиль жизни» пациента и ориентировать его на будущие цели. Он был направлен более директивно и педагогически. Эти элементы, как и в *аналитической психологии* К.Г. Юнга (преимущественно актуальный опыт, что включает также архетипические символы), во многом перешли в современную психотерапевтическую теорию и практику. Цель — это самоосуществление (индивидуация). Так называемые *неоаналитики* (Шульц-Генке в Германии; в Америке прежде всего Хорни, Фромм, Фромм-Райхман и Салливен) предприняли модификацию психоаналитической техники и дали сильные терапевтические импульсы. В этих школах теории и терапевтические методики вариабельны. Дальнейшие глубинно-психологические направления терапии — это анализ судьбы (Сонди) и дазайнанализ (анализ существования) (Бинсвангер, Босс), которые существенно повлияли на лечение шизофрении.

Классические формы психоанализа подвергались все возрастающей критике: стоимость слишком велика, слишком мало больных можно пролечить, причем предпочитаются больные из высокопоставленных слоев общества; образование столь затратное, что нет никакой надежды на возрастание числа психотерапевтов. Поэтому стали искать другие пути и новые методики лечения. Некоторые из этих менее дорогих методик будут здесь (опять-таки очень кратко) описаны. Эти методики обозначаются обобщенно: *психоаналитически ориентированные, психодинамически или глубинно-психологически обоснованные психотерапии.*

Краткосрочная психотерапия и фокальная психотерапия развились в 20-е годы (Медер, Малан, Вольберг, Беллак, Бек и др.). В отличие от традиционного метода, при помощи которого стремятся проработать всю проблематику личности, краткосрочная психотерапия ограничивается ведущим конфликтом, фокусом. Самые главные признаки: лечение охватывает 50 часов при частоте 2 часа в неделю. Пациент сидит, как и врач (лучше не напротив, а по диагонали; так же и при следующих описываемых методиках). Фокус должен быть распознан и установлен уже в первые часы. Перенос и сопротивление объясняются, раскрыва-

ются и ограничиваются фокусом. Показания те же, что и при традиционной методике, могут лечиться и тяжелые неврозы, а результаты не хуже.

Аналитическая длительная терапия пониженной частоты (С.О. Гофманн). Лечение длится несколько лет, как и при традиционном психоанализе, но только 1 сеанс по часу в неделю (регулярно), всего 80—120 часов. Методика экономна и эффективна. То, что психодинамически происходит между сеансами психотерапии, обсуждается на следующем сеансе. Врач менее пассивен, чем при традиционном психоанализе, и пациент должен меньше обращаться к прошлому. Толкования — это основной инструмент. Анализ перенесения используется мало.

Динамическая психотерапия (Дюрссен). Не придерживается строгой регламентации, длительность и частота сеансов не определяется заранее. Пациент сам определяет частоту и промежутки между сеансами, лечение охватывает в целом 15—30 сессий за 1,5—3 года. В остальном методика не столь строго регламентирована. Пациент предлагает темы (лечение остается в одном ограниченном фокусе), врач его поддерживает в этом. Регрессия пациента остается в определенных границах. Перенос не стоит в центре лечения. Толкования даются кратко. Особенно внимательно разбираются конфликты во взаимоотношениях и их связь с прежним опытом.

Врачебно-психотерапевтическая беседа/амбулаторная психотерапия (Мауц, Балинт, Меервайн, Куипер и др.). В практике эта форма занимает первое место, поскольку уже ознакомительный разговор служит не только диагностическим целям, а в первую очередь имеет терапевтический смысл. Он ни в коем случае не приравнивается к другим контактам между врачом и пациентом. Скорее здесь речь идет о доверительной беседе на психодинамической основе. Методически этот процесс эластичен, адаптируется к потребностям пациента, в том числе и относительно переработки конфликта и его толкования. Длительность сессии чаще всего около 20 мин.

Направление к цели Мауц излагает так: «Для нас диагностический и лечебный метод — это тот же врачебный разговор. В противоположность врачебному обследованию в его задачу входит меньше констатировать патологические признаки жизненного курса со всеми деталями душевного или физического рода, а больше открывать здоровые участки, активизировать их и сделать полезными ». Таким образом, речь идет о практическом приеме психотерапии в процессе амбулаторной беседы. Он облегчает первый контакт и оставляет в то же время свободными пути, по которым соответственно показаниям могут быть проведены и другие специальные методы психотерапии. Один из вариантов амбулаторной психотерапии следующий.

Ведущая и поддерживающая долгосрочная психотерапия (Кинд). Она меньше направлена на пояснение, переработку и разрешение конфликтов, а больше на поддержку, облегчение, советы и сопровождение. «Основная тяжесть лежит на создании и поддержке прочных отношений врач—больной, которые усиливают нарушенную уверенность больного в себе, преодолевают его изолированность и постоянно оказывает ему помощь в борьбе с актуальными трудностями. Психотерапевт, который таким образом воспринимает своего больного, не должен больше иметь больную совесть, так как он уже внушил себе, что больному может помочь только интенсивная психотерапия, а все остальное — это только успокоение, в котором больной не нуждается».

Поле применения широкое. Пациент сам решает, чего он не ожидает в устранении симптомов и переориентировании личности (может быть, не достигнутого при предыдущем курсе психотерапии), а что следует подавить психотерапевтическим ведением и поддержкой. Сюда относятся больные с хроническими неврозами, тяжелыми личностными нарушениями, неизлечимой зависимостью и психотическими резидуальными состояниями. Возможна комбинация с психофармакотерапией. Этот вид психотерапии представляет собой важнейшую задачу психиатров и психотерапевтов.

Клиентцентрированная терапия американского психолога Роджерса сформировалась из недирективных советов (консультирования) и явилась началом развития психотерапевтической методики. Клиентцентрированная — означает сосредоточение на человеке, получающем лечение, а не на болезни и ее симптомах; и еще: ответственность самого клиента. При этом Роджерс исходит из гипотезы, что в каждом человеке есть тенденция к самоутверждению, которая раскрывается у клиента в процессе лечения. Он не считает себя приверженцем какой-либо теории, но все же придерживается основных положений психоанализа, например динамики бессознательного и феноменов перенесения в лечении.

Основные условия лечения Роджерс видит непременно в положительной эмоциональной установке и склонности больного к лечению, откровенности и эмпатическому пониманию. На практике используются лишь немногие правила метода. Терапевт повторяет то, что пациент говорит о своих переживаниях и поступках. Он формулирует их по возможности точно, уточняет их в процессе разговора, не предпринимая вмешательства в виде толкований. Он побуждает пациента испытывать самого себя и осознать эмоциональное содержание своих переживаний. Таким образом, речь идет об ориентированной на самопознание (пробуждающей) психотерапии; длительность сеансов сходна с краткосрочной психотерапией, а именно 4—20 сессий по 45 мин.

Сфера показаний к клиентцентрированной терапии заключается в основном в советах и улаживании кризисных ситуаций (так называемая разговорная психотерапия). Если симптоматика болезни и диагноз остаются вне

внимания, то клиентцентрированная терапия вряд ли может расцениваться как метод лечения больного, который болен в клиническом смысле. И все же названные основные условия Роджерса можно считать элементами психотерапевтического вмешательства.

Директивный подход. В выраженном противоречии с направленными на усиление самосознания методиками психотерапии стоит директивная, т. е. руководящая и советующая, методика. Терапевт делает свои представления и предложения столь близкими пациенту, что тот их принимает. Ориентированная таким образом терапия, особенно рациональная, или терапия убеждением (П. Дюбуа и Дж. Д. Франк), а также парадоксальная интенция, как и логотерапия (В.Е. Франкл), объединена в единый комплекс.

Директивные действия — это вообще существенная часть врачебного лечения (информация, советы, предостережения и т. д.). Это важно и для связи психотерапии с социотерапией. В каждом виде психотерапии имеется элемент директивности, например в форме наставления и твердых правил или конкретных предложений при кризисных декомпенсациях. В описанных уже видах психотерапии указывались директивные разделы этих методик. Даже подчеркнуто психодинамическая психотерапия не может избежать директивных тонов. В целом скорее имеется опасность, что терапевт слишком часто или слишком рано дает советы и тем самым вступает в ряд воспитательных лиц, от которых никогда не получишь дельного совета.

Суггестия преодолевает осознание и критику и действует прямо на глубинные эмоциональные процессы: иными словами, она обходит Я и влияет на Оно. Предварительным условием являются эмоциональные отношения врач—больной.

Суггестия вообще является существенным элементом межчеловеческих отношений. Она является также легитимной составной частью лечения. Это положение больной часто не осознает. Суггестивно врач действует на больного уже как специалист и компетентный помощник благодаря своей заинтересованности, внимательности и готовности помочь. Одним из показателей этого является эффект плацебо при врачебных предписаниях лекарств. Никакая психотерапия не свободна от эффекта внушения, даже если при ее помощи постоянно обсуждать отношения пациента и психотерапевта. Психотерапевт должен осознавать свое суггестивное действие.

Суггестия может применяться целенаправленно. Примером тому служат определенная информация о виде и причинах проявлений болезни и болезненных ощущений, обращение к сопротивляемости и компенсаторным способностям больного, с уверенностью предрекаемый эффект лечения, лечение конверсионных симптомов с помощью соматических процедур, ритуализации и терапии сном.

С одной стороны, суггестивное вмешательство — это общепсихотерапевтический принцип, а с другой — есть специальные формы *суггестивной терапии*, в которых внушение является основной движущей силой терапевтического вмешательства. Современная психотерапия редко использует суггестивные методики. Они могут быть показаны, если вначале ставится цель добиться успокаивающего и дающего отдых действия, если по внешним или внутренним причинам невозможны более дифференцированные формы психотерапии и особенно если недавно возникший конверсионный симптом может быть устранен перед психодинамической терапией.

Гипноз. Внушение наяву противопоставляется внушению при измененном сознании. «Гипноз — это вызванное аффективными факторами состояние (часто неглубокого) понижения до того суженного сознания, в котором наступает регрессия основных функций личности (мышление, чувства, воля), а также соматических функций. Оценка реальной ситуации утрачивается редко. Характер реакций у гипнотизируемого в гипнозе почти всегда осознается» (Стоквис). Речь идет об измененном сознании, сходном с сумеречным состоянием.

При наведенном гипнозе внушение действует двумя путями: при введении в гипноз с помощью определенной техники у больного беспрекословно закрываются глаза и т. д. Кроме того, во время гипноза в определенных границах даются указания на последующее поведение (постгипнотическое внушение).

Не каждый пациент гипнабелен настолько, что его можно ввести в гипноз. Обычными показаниями являются конверсионные симптомы. Но если даже удается устранить симптом, остается нетронутой динамика невротического процесса и может произойти только смена симптомов. Основное же возражение против гипноза заключается в том, что пациент входит в состояние регрессии и попадает в зависимость от терапевта, но этим отягощает его, а не участвует активно в преодолении своих нарушений.

Телесно-ориентированные методы терапии — это сборное наименование различных методик, которые направлены на улучшение самочувствия и владение своим телом. К такой методике наряду с упражнениями по снятию напряжения и терапией движениями относятся дыхательные упражнения. Двигательное расслабление приводит к психическому расслаблению. Многие методики содержат суггестивные элементы. В психиатрии телесно-ориентированные методы лечения полезны как дополнительные. Здесь описываются коротко лишь некоторые из этих методик.

Аутогенная тренировка по Й.Х. Шульцу служит для самостоятельного снятия напряжения благодаря сосредоточению и имеет определенное отношение к практике индийской йоги. Так называемая высшая ступень представляет собой образно-медитативную технику. Здесь представляют интерес основные упражнения:

пациент принимает положение лежа, сбрасывает напряжение («я совершенно спокоен») и старается концентрироваться на руке («правая/левая рука совсем тяжелая»). Занятия продолжаются 2—3 раза в день до двух недель, всего по несколько минут, смотря по обстоятельствам. Далее переходят на другую руку и ногу. На втором этапе отрабатывается ощущение теплоты («правая/левая рука совсем теплая»). Позже можно присоединять выполнение специальных упражнений, например «сердце бьется спокойно и мощно» / «дыхание совершенно спокойное». Пациент может выполнять упражнение частями, по одному. Метод предназначен для успокоения и снятия напряжения, в том числе для борьбы с болью и лечения тревожных состояний, может применяться в групповой работе.

Прогрессивная релаксация по Е. Джекобсону. В этом методе снятия напряжения отказались от суггестивно-медитативных элементов и ограничились лишь расслаблением с произвольной медитацией.

Лежащий пациент прежде всего напрягает отдельные группы мышц (начиная со сгибаний и вытягиваний левой кисти и предплечья), с последующим отпусканием их и расслаблением, ежедневно по одному разу длительностью около получаса. После одной недели переходят на правую руку, затем ногу и другие группы мышц, такие как жевательные мышцы, мышцы глаз, губ и т. д. Позже тренируют навыки расслабления в положении сидя. Показаниями для достижения общего успокоения и расслабления являются расстройства сна, а также страх. Этот метод можно комбинировать с другими, в особенности с поведенческой терапией.

Другие методики расслабления — это функциональное расслабление (Фукс), активная регуляция тонуса (Стоквис), а также упражнения на расслабление для облегчения родов (Рид).

Двигательная терапия (концентрированная на движениях) выходит за пределы простого снятия напряжения. Упражнения заключаются в расслабленном лежании, ходьбе и других движениях, включая дыхание, большей частью с закрытыми глазами. Частности здесь не описываются. Лечение обычно проводится в группах. Его цель — концентрация внимания на своем теле («отпечатать»), а также на внешнем мире, на помещении и на соседних больных в форме бережных контактов.

Поле сознания концентрированно сужено, без изменения сознания, как это свойственно гипнозу. Больной должен изучить собственную схему тела (при этом также свои неприятные ощущения и боли) и таким способом достигать изменений отношения тела к внешнему миру и спокойствия духа. Суггестивные элементы не используются. Опыты по упражнениям вербализуются или путем обсуждения в группе, или при индивидуальной терапии. Концентрирующая терапия показана больным с неврозами и психосоматическим больным, особенно больным с трудностями вербализации или же сильно рационализированным пациентам. Как «превербальная» психотерапия может заменить вербальную, рассчитанную на благоразумие терапию или же послужить ее подготовке. Как и при любом другом методе, здесь в каждом отдельном случае необходимо тщательно изучить показания (у

многих больных психозами он не применяется). Кропотливое обучение и богатый опыт позволяют пользоваться этим методом.

Мототерапия использует элементы из разных разделов физической терапии и занятий движениями (например, двигательная терапия, оздоровительная гимнастика, а также танцы и спорт). Она преследует цель, чтобы больной путем изучения своей телесности смог достичь лучшего отношения к самому себе, к личному и материальному окружающему миру. Прнменение распространяется на невротических и психотических больных.

Кататимные образные переживания (*символдрама,* по Лейнеру): пациенту предлагают расслабиться и предоставить свободному течению свои представления по типу дневных сновидений. В качестве тем служат ситуации собственного опыта и предлагаемые сюжеты, которые больной переживает в своих представлениях: летний луг, подъем в гору, вход в пещеру и т. д. Больной может заново переживать свои конфликты символически или как если бы предложенные ему картины он переживал в проблематичных ситуациях «дальнейшей жизни». При этом врач может влиять на переживання картин и провоцировать их интенсификацию. Цель методики — переработка конфликта.

Такие и другие образные методики содержат элементы аутогипнотических и аналитических подходов. Они показаны тогда, когда психотерапевтическая беседа не продвигается вперед, и пациенту легче перейти к состоянию погружения и сосредоточенности на самом себе (меньше на враче).

Медитативные методики разного происхождения применяются и вне, и внутри медицины, обычио больше направлены на мировоззрение, чем на психотерапию, часто применяются некритично и дилетантски.

Влияние теории научения и поведенчески-психологические основы. Понимание того, что большая часть человеческого поведения может быть изучена, имеет важное значение для психотерапии. Невротическое и другое патологическое поведение может рассматриваться как ложно выученное. Это учитывается во всех видах психотерапии. Специальная поведенческая терапия ставит своей целью подавить такое ошибочное поведение, а на его место поставить желательную манеру поведения.

Основу этих психотерапевтических подходов составляют экспериментальная психология, нейрофизиология, кибернетика и теория научения.

Главный принцип теории научения — обусловливание. При известном классическом обусловливании (Павлов, 1904) психофизиологические реакции связывают с новыми внешними раздражителями (сигналами). Если эта связь многократно не возобновляется, то реакция ослабевает и исчезает (угасает).

При терапевтически важном оперантном обусловливании (Скиннер, 1938) меньше значения придается предшествовавшему раздражению и обусловленной им реакции, а больше — последствиям (*консеквенциям*), которые вызваны этой реакцией. Определенные консеквенции поведения приводят к тому, что это по-

ведение повторяется и возможность его появления увеличивается. Этот принцип, который составляет значительную часть воспитания, систематически используется при поведенческой терапии.

Кэнфер (1965) разделил этапы поведения следующим образом: С-О-Р-Ч-П. При этом С означает стимул (С = стимул), который воздействует на организм (О = организм), вызывая реакцию (Р = реакция), и с частотой повторений (Ч = сопряженность признаков) усиливается с соответствующими последствиями (П = последствия). Последствия, которые сказываются на поведении, могут быть позитивными: поощрение (П+ = позитивное последствие) или устранение от нежелательного раздражения (П– = негативное усиление). Если следует отвергаемое возбуждение (П– = негативные последствия) в поведении, то говорят о наказании, которое в терапии применятся реже, чем в экспериментах на животных.

Если речь идет об изучении новых, еще не известных форм поведения, что особенно важно при лечении детей, на первый план выступает *научение на модели* (имитация): пациент наблюдает форму поведения и ее последствия у лица, служащего моделью, и перенимает его.

Залогом успеха при поведенческой терапии является тщательно обоснованный диагноз поведения на основе его систематического наблюдения. При этом могут оцениваться и документироваться частота и род закономерных поступков в их временной последовательности.

Поведенческая терапия. Методы ее разнообразны, здесь кратко описываются лишь важнейшие.

Систематическая десенсибилизация применяется прежде всего при фобиях как *тренинг избегания страха* и исходит из следующего положения: пациент пытается уклониться от раздражителей, вызывающих страх, с помощью реакции избегания и вообще стараясь *избегать* вызывающих страх ситуаций. Это реагирование ослабляется тем, что называется реципрокным торможением или контробусловливанием. Пациент должен представить себе ситуацию, обычно вызывающую у него страх, в так называемой иерархии страха. Начинают с относительно слабо вызывающей страх ситуации. Вместо более ранней десенсибилизации в состоянии расслабления (прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону) сегодня вообще стараются проводить систематическую десенсибилизацию in vivo, т. е. в реальной жизни.

Конфронтация раздражителей (экспозиция, затопление) исходит из того, что после достаточно длительного существования вызывающего страх раздражителя наступает привыкание к этому раздражителю. При этом важно, чтобы вызывающий страх раздражитель был интенсивным и длительным и по возможности преувеличенным и чтобы препятствовал всем попыткам устра-

нить эти переживания. Таким образом, невротический страх лечится тем, что пациент систематически выставляет напоказ вызывающую страх ситуацию. Так как он всегда снова и снова испытывается, постепенно последствия в виде тревожных опасений перестают наступать и страх получает обратное развитие. Такая конфронтация в связи с развитием стратегий совладания предпочтительна при тревожных расстройствах как прикладной *тренинг управления страхом.*

Негативные упражнения применяют при заикании, тиках и сходных с ними нарушениях. Болезненное действие повторяют до изнеможения. Здесь посредством его планомерного воссоздания задерживают его самопроизвольное появление.

При *аверсионной терапии* работают с помощью аверсионных раздражителей (например, апоморфин, вызывающий рвоту), а также с негативными последствиями типа «наказания». Эти методики используются редко.

Тренинг уверенности в себе (тренинг настойчивости) служит уменьшению социальных страхов и построению здоровых социальных отношений. Он проводится часто с помощью ролевой игры в группах. При этом тренируются эмоциональный разговор (говорят чувства), экспрессивный разговор (говорит лицо), возражения и настойчивость, более частое употребление слова «Я», согласие с похвалами в твой адрес, а также любая инициативность.

Оперантное обусловливание показано также при хронической шизофрении с нарушением поведения и аутизмом. После тщательного наблюдения за поведением больного и составления детального плана проведение лечения предусматривает участие всего персонала, чтобы поощрять желательные формы поведения (уход за собой, привычки в еде, работа, социальные контакты и т. д.) по принципу усиления путем предоставления преимуществ (например, в стационаре — большая свобода, усиленное внимание, устранение ограничений) или оплатой в определенной покупательной стоимости.

Психообразовательный подход используется при шизофрении для практической профилактики рецидивов.

Эти краткие описания некоторых поведенчески-терапевтических техник (более детально частности оговариваются при прохождении усовершенствования) показывают, что они сходны с психагогическими, лечебно-педагогическими и обучающе-психотерапевтическими методиками, которые уже давно применяются. Поведенческая терапия отличается от этих методик теоретической обоснованностью и прежде всего превосходством в систематичности и экспериментированием в каждом отдельном случае. Кроме того, систематически контролируются результаты каждого терапевтического этапа и конечных результатов всего лечения.

Поведенческая терапия приобретает все большую связь с теорией научения. Используя ее, уже не ограничиваются поведением в узком бихевиористическом смысле слова, но все больше внимания уделяется переживаниям пациента, в том числе и в отношении терапевта. Сопротивление и перенос в смысле психодинамических процессов учитываются и здесь. Однако различия не должны смазываться. Поведенческая и психодинамическая терапия используют разные установки и методы психотерапевтических подходов, которые сохраняют свою самостоятельность.

Поведеческая терапия с ее разнообразными техниками в настоящее время применяется при разных психических заболеваниях, поэтому возможно использование ориентированных на пациента показаний и мультимодальных методик. Их значение не в последнюю очередь заключается в том, что они направлены на устранение невротических симптомов, которые вызваны психогенно и поддерживаются тем же фактором. Поведенческая терапия в большей степени, чем многие другие психотерапевтические методики, направлена на клиническую симптоматику, от которой пациент страдает и с которой он приходит к врачу. Успешным представляется новое направление в поведенческой терапии для самоконтроля: методика нацелена так, чтобы пациент становился все больше сам для себя терапевтом.

Когнитивная терапия. Поведенчески-терапевтические методики расширяются за счет познавательной составляющей. Термин «когнитивный» употребляется в том смысле, что он находится, так сказать, между поведением и эмоциями. Поэтому когнитивная терапия стоит между поведенческой и психодинамической терапией. Психопатологические симптомы (например, содержание депрессивных переживаний) рассматриваются как дисфункциональное, искаженное познавание. Они рассматриваются по своим условиям и особенно по усилению (например, под воздействием среды) и по возможности систематического лечения. Этому служат эмпирически контролируемые методики, например создание позитивно окрашенных противоположных представлений, к тому же при помощи когнитивной терапии пытаются изменить установки и «основные познавательные предположения», чтобы добиться облегчения в разрешении проблем.

Основная область применения — депрессивные расстройства. При них депрессивная самооценка в смысле непригодности, способности только к ошибкам, неспособности, как и ипохондрические опасения, рассматриваются не только как аффективные, но и одновременно как познавательные нарушения, нуждающиеся в соответствующей терапии.

Терапия пары. Большинство описанных психотерапевтических методик проводится как индивидуальное лечение или со многими больными. Затем начали появляться методы групповой терапии, позже — терапия пары и семейная терапия. Психотерапевтические методики со многими участниками методически проводить тяжелее, чем индивидуальную психотерапию, они требуют более высокой квалификации.

В *терапии пары* участвуют муж и жена или другие пары, живущие совместно. Кроме носителя симптомов, который первым ищет лечение (первичный пациент), привлекается к лечению и его партнер из следующих соображений: конфликт первичного пациента распространяется и на второго; психотерапевтическая работа без партнера проходит односторонне и нерезультативно, особенно если основной конфликт лежит во взаимоотношениях этой пары; партнер, исключенный из психотерапии, может вызвать новый, еще более глубокий конфликт; нередко партнер имеет более глубокие расстройства и больше нуждается в лечении, чем первичный пациент, или это положение возникает в процессе лечения.

В терапии семейной пары по концепции тайного сговора (комплементарная тактика коммуникации при обоюдоостром конфликте) различают определенные типы невротических партнерских отношений: истерические и тревожно-невротические пары (Вилли), а также навязчиво-невротические (Местер).

И все же не в каждой подобной ситуации показана терапия пары, многие партнеры по внутренним причинам не в состоянии провести лечение из-за своей чрезмерной требовательности. Часто, особенно в начале работы, предпочитается индивидуальная терапия. Показания эти должны тщательно взвешиваться на основе складывающейся констелляции и в зависимости от целей терапии.

Семейная терапия. Самая молодая ветвь психотерапии — семейная терапия. Хотя семейные отношения пациентов издавна изучались в психиатрии, именно психоанализ внес важные данные и терапевтические предложения, а в детской психиатрии психотерапия, как известно, обычно относится ко всей семье. В специальных разделах этой книги раскрывались семейные аспекты сущности болезни и лечения, особенно при неврозах и шизофрениях.

Однако сегодня семейная терапия идет дальше. Она не только рассматривает семью как важнейший объект отношений пациентов, но и направляет терапевтические усилия на всю семью. Новые акценты таковы: отношения двоих/семьи вместо индивидуума; диада/система вместо монады, круговые отношения вместо

линейных. Сегодня говорят о системно ориентированной терапии, о «пациенте — семья», о симптоматических и характерологических неврозах семьи.

Импульсы к этому исходят их психоанализа (особенно от Салливана) и из кибернетически ориентированной теории коммуникации, которая видит в семье «систему» и преодолевает монадное восприятие индивидуума. Кроме того, исходя из положения, что социальные процессы сказываются и на развитии семьи по собственным закономерностям, которые не охватываются психологией развития и глубинной психологией. В этих теориях коммуникации занимают место поведения. Результаты семейных исследований при шизофрении показали, что теория метакоммуникации и двойной связи приобретает значение в этой связи, хотя, конечно, она может получить некритичное расширение (коммуникационную терапию по Вацлавику применяют так же, как и индивидуальную терапию).

Семейная терапия вырастает из терапии пары. Она нацелена также на детей и на третье поколение — бабушки и дедушки. От групповой терапии, не говоря уже о числе участников, отличается прежде всего тем, что родственники связаны общей ситуацией жизни, в большинстве случаев общей историей жизни. Семейная терапия встречается преимущественно с противоположным мнением членов семьи, которое может быть высказано, скрыто или остается неосознанным. Соответственно типология партнеров распространяется и на типологию членов семьи.

Диагностические инструменты для семейной терапии — гиссенский тест Бекмана и Рихтера и «общий тест Роршаха», использованный Вилли. В остальном диагностика проводится в процессе семейно-терапевтической беседы.

Школы и методы семейной терапии разнообразны. Они работают с одним или несколькими терапевтами, с коллегами и наблюдателями-контролерами. Наряду с длительными формами терапии существуют формы кратковременной психотерапии и кризисной интервенции. Наряду с предпочитаемым лечением, ориентированным на осознание (обозначаемым как аналитическая семейная терапия), имеются поведенчески-терапевтические формы (например, структурная семейная терапия), а также усиление директивных процессов и парадоксальная интервенция (в стратегической семейной терапии). Нельзя недооценивать превентивный аспект семейной терапии, прежде всего в отношении детей, а также братьев и сестер первичного больного.

В связи с быстрым распространением семейной терапии внутри и вне психиатрии возникла идея вообще заменить ею индивидуальную психотерапию. Однако, как и прежде, наряду с семейными отношениями существуют и интраиндивидуальные конфликты, поэтому польза от индивидуальной психотерапии бесспорна. Сегодня семейную терапию некоторые понимают в утяжеленной форме, как влияние на семейные отношения вообще и как *обслуживание родственников* психически больного. *Показания* к методически описываемой здесь семейной терапии — это лечение неврозов и психосоматических расстройств.

Системная теория понимает межчеловеческие, особенно семейные отношения не столько как линеарно-каузальные, сколько в смысле круга правил. Практически это означает, что не только отдельная личность должна оцениваться в интересах лечения, но и отношения между личностями. Это системное мышление применимо и к групповой терапии.

Групповая психотерапия. Экономическая необходимость ее очевидна. Терапевтическое преимущество групповой психотерапии в том, что с группой вводится в лечение новый психодинамический фактор.

Аналитическая групповая терапия работает по тому же принципу, что и индивидуальный психоанализ. Состав группы обычно 6—8 пациентов и один или два терапевта. Предметом лечения являются конфликты и манера поведения пациентов, а также их взаимоотношения. Ошибочные установки и ошибочное поведение подвергаются переработке, анализируются сопротивления и переносы. Возможности переноса многообразны, например может репродуцироваться семейная ситуация. Амбивалентные побуждения могут проецироваться на разных лиц из окружающих (в индивидуальной терапии они проявляются только в реакциях перенесения). Отдельному пациенту его невротические установки в группе становятся очевидными, как в зеркале, вытесненные переживания начинают осознаваться и нужные процессы переучивания и нового научения происходят именно благодаря группе. Поскольку в группе аффекты легко усиливаются, они могут быть отреагированы путем катарсиса. В целом же терапия ограничивается групповыми встречами.

Групповая терапия имеет многочисленные ответвления. Если работа в терапевтической группе меньше распространяется на переработку прежних переживаний и конфликтов у участников, а больше на объяснение нынешнего состояния (включая перенесение и регрессию), говорят о *глубинно-психологически обоснованной групповой психотерапии.* Если группа, еще более осторожная, избегает толкований и регрессивных тенденций и работа ограничивается актуальными для группы постулатами (акции и интеракции), то такая психотерапия называется *интеракционной групповой психотерапией.* Переходы здесь текучи; различия, как и в ступенях индивидуальной психотерапии, состоят в массе предоставляемой регрессии.

Далее имеются групповые психотерапевтические методики, которые используют элементы игры, особенно театральной: например представление сказки (самими пациентами или куклами) или — еще более прямо и ближе к личностям — *психодрама* по Морено. В психодраме пациент вместе с другими больными под руководством врача представляет характерные, проблемные и непреодолимые ситуации из своей жизни. Эта методика со временем приобрела много ответвлений, даже вне врачебной психотерапии и в проблематичных формах. С другой стороны, имеются попытки психоаналитически обосновать психодраму и проводить ее как ориентированную на осознание терапию. Сходные методики — маленькие импровизированные люби-

тельские представления, игра в куклы и социодрама. Ролевые игры в рамках поведенчески-терапевтического тренинга самоутверждения внешне выглядят одинаково, но имеют социальное направление.

Тренинг самоутверждения и другие виды *поведенческой терапии* сегодня больше предпочитают в групповой терапии, как и аутогенный тренинг и другие методики снятия напряжения.

От групповой психотерапии отличается групповая работа (групповая терапия), которая применяется в психиатрическом стационаре как базисное лечение, а также в виде терапевтического сообщества.

Групповая психотерапия при любой ее методике предъявляет терапевту более высокие требования, чем индивидуальная терапия. Непременные условия, без которых терапевт не может проводить групповую психотерапию, – это основательное специальное образование, длительная клиническая деятельность, а также опыт индивидуальной терапии и как соучастника в группе. Это подчеркивается в отношении поверхностного и ненужного проведения группового динамического тренинга, в группах встреч, подведения в конце недели итогов личного опыта и т. д.

Психотерапия детей и подростков

Описанное выше относится к психотерапии взрослых и нуждается в дополнении; психотерапия у детей и подростков ставит совершенно иные задачи. Это имеет два основания: ребенок и подросток как пациенты находятся еще в процессе развития, их отношения и реакции еще не столь гибки, как у взрослых. К тому же, естественным образом юные пациенты еще находятся в зависимости от старших людей, особенно от родителей; они вовлекают эти отношения в терапию в большей мере, чем взрослые.

Психоанализ для лечения детей модифицирован Анной Фрейд. Она указывает, что дети не осознают болезнь и по этой причине не в состоянии вступить в терапевтическую связь с аналитиком. Поэтому лечение не может опираться на ответственность маленького пациента – и в психоаналитическую терапию вовлекаются родители.

Эта констатация определяет через психоанализ особенности психотерапии у детей вообще. При каждом методе лечения детский терапевт работает также с родителями или, по обстоятельствам, с другими воспитателями ребенка. Таким образом, семейная терапия – непременная составная часть детской психотерапии, поскольку вообще детская психиатрия без воспитания са-

мых близких больному лиц неблагодарна; во всяком случае семья должна вовлекаться в лечение без принуждения.

Ребенка нельзя считать активным целенаправленным соучастником лечения, его нужно привлекать к лечению все новыми мотивами. От детских психотерапевтических бесед, которые для них мучительны, не следует ожидать какого-либо терапевтического действия. Вместо того чтобы ждать инициативы от пациента, врач должен брать инициативу на себя.

Психоанализ для психотерапии детей имеет меньшее значение как специальный метод, чем как теория, с помощью которой можно раскрывать поведение детей (в том числе и в игре) и их словесную продукцию. Осознание конфликтной ситуации меньше действует оздоровляющим образом, чем переживание нового отношения к терапевту (перенос). Как правило, психотерапевт играет роль второго отца или второй матери, что в некоторых случаях имеет не меньшее значение, чем устранение патогенной ситуации, а при ее возобновлении может вызвать определенные трудности.

При *игровой терапии* наряду с оценкой ее терапевтом имеет также значение непосредственное переживание игры, которая может иметь действие катарсиса, но ни в коем случае не так часто, как это описывается в непрофессиональной литературе.

Поведенческая терапия с ее упражнениями, устраняющими симптомы, стоит близко к педагогике и потому имеет значительные возможности применения у детей и подростков.

Терапевтическая ситуация *у подростков* осложняется кажущейся подчеркнутой способностью самостоятельно решать свои проблемы и характер реакций. Поэтому терапевт, как и при психоаналитическом лечении у взрослых или при терапии с помощью беседы, пытается решить проблемы пациента исключительно вербальным путем. В действительности же подросток и после пубертатного периода нуждается в переносе и опыте позитивного отношения к терапевту. Поскольку в пубертатном периоде подросток идентифицирует терапевта с родителями и поэтому рассматривает его как своего врага или врага его родителей, которого можно приспособить для достижения своих целей, терапевту необходимо строго контролировать собственное поведение. В обоих случаях терапевт не использует своих возможностей, поскольку он не в состоянии быть опорой для больного вне невротических отношений, которые складываются между подростком и его родителями.

Для подростков уже не годятся детские формы психотерапии, особенно игровая терапия, они считают ее нелепой, она вызывает у них неприязнь. Поэтому особенно подходящей кажется *психодрама,* которая проводится индивидуально или в группе. К тому же регулярные беседы могут иметь терапевтическое влияние.

При лечении детей невозможно строгое отграничение *воспитания* от психотерапии. Воспитание в этой связи нельзя понимать только как воздействие путем запретов и штрафов. Каждый длительный или повторный кон-

такт ребенка и подростка со взрослыми содержит воспитательный момент положительного или отрицательного свойства. Это означает, что и терапевт должен проявить свою позицию во время лечения ребенка или подростка. Он должен быть готов высказывать свое мнение, соблюдать нормы поведения и требовать того же от детей и подростков. Он не имеет права оставаться в роли стороннего наблюдателя, но обязан всегда поведением, воздействиями на детей приводить к осознанию возникающей ситуации переноса. Психотерапия детей и подростков всегда должна быть «готова заметить и помочь».

Другие психотерапевтические методы, описанные в предыдущих главах, применяются у детей и подростков с соответствующей коррекцией.

Психотерапия в позднем возрасте

Представление, что в позднем возрасте психотерапия менее полезна и поэтому ее не следует проводить, недостаточно обоснованно. Напротив, в связи с нарастающей изоляцией от основных условий существования психотерапия не должна исключаться из этого периода жизни. Речь идет не только о лечении клинических синдромов, но и о психотерапевтической помощи в связи с проблемами *старения* и не в последнюю очередь умирания и смерти.

Не все страдания старых людей обусловлены органически. Во многом — это результат упадка и обеднения, сомнений в себе и все меньшего понимания изменяющихся социальных условий. Стареющий человек опасается изменения бытового положения и своих привычек, хорошо понимая, как важно для него поддерживать ритм и равновесие жизни. Часто в психотерапии старого человека внимание сосредоточено на *поддерживающих и коммуникативных методиках*. Описанные выше ведущие и поддерживающие методы психотерапии (Кинд) имеют также большую область применения.

В начале обусловленного возрастом ослабления сил многие реагируют, не в состоянии правильно оценить эти изменения, расстройствами настроения и раздражительностью. Окружающим их жалобы кажутся необоснованными и назойливыми. Чем больше нарушают психоорганические изменения уверенность в себе и самостоятельность, тем больше нарастает регрессивность поведения с поисками опоры и помощи. Этот регресс стареющего и старого человека психотерапевтически заслуживает не меньшего внимания, чем привлекающий внимание процесс развития его прошлых страданий.

Нередко и здесь показана *психодинамическая терапия*. Для попытки центрированной на конфликте и ориентированной на

осознание психотерапии никогда не бывает поздно. Во всяком случае, необходимо взвесить, что больному по силам переработать из его проблем и конфликтов, нуждается ли он в пассивно-аналитическом психотерапевтическом курсе и сколь далеко можно коснуться вопросов защитных мероприятий (например, нарастающая дефектная изоляция). Как будет старик переживать свои ограничения, зависит от разных факторов, в том числе от предыдущего опыта. Ограничения и стеснения многими воспринимаются более терпимо, если они по сравнению с прежними ограничениями менее тягостны. С другой стороны, пережитая полная жизнь позволяет легче сносить возрастные ограничения.

В разных видах психотерапии особое значение нужно придавать *переносу*. Даже более молодой врач может принять на себя роль отца, но нередко проявляются проекции на дитя или перенос проблем старого человека на сына или дочь. «Исполненное любви почтение должно быть перенесенным основанием для терапевтических отношений. Если молодой врач не только понимает старого человека, но и правильно оценивает его слабости и причуды, то он должен преодолеть свой инстинктивный страх и вступить в диалог ... Психотерапевтическая работа со старыми людьми — это пробный камень способности терапевта ...» (X. Мюллер).

Обзор

После краткого описания основных методов психотерапии (при этом абстрагированные представления вряд ли смогут прояснить ситуацию терапии на практике) необходимо попытаться дать их общий обзор, особенно в отношении показаний и целей.

Методы психотерапии можно подразделить следующим образом: с одной стороны, методы, которые можно обозначить как ориентированные на осознание, конфликтцентрированные, вскрывающие, интерпретирующие, герменевтические или психодинамические, а с другой — экспериментально-психологически обоснованные методы воздействия на поведение, т. е. поведенческая терапия, включая их когнитивные компоненты. К тому же имеются методы снятия напряжения, которые вряд ли можно применять изолированно. Далее применяются направляющие и поддерживающие методы, которые образуют переходы, с одной стороны, к советам, а с другой — к мерам по внушению.

И все же такая классификация не удовлетворяет, как и другие попытки разделения, так как несмотря на самостоятельность операций, психотерапевтические процедуры имеют много общего в методах, показаниях и целях. Об этом наглядно свидетельствуют и определения.

Если рассматривать психотерапевтический процесс ближе, можно определить три *элемента* (по Бройтигаму), которые присутствуют при всех методах психотерапии, хотя и с разными акцентами: 1) эмоциональные отношения между пациентом, нуждающимся в помощи, и врачом, дающим эту помощь; они являются базой осуществления различных психотерапевтических техник, в том числе при поведенческой терапии и методах снятия напряжения, частично эти отношения реализуются по принципу отношений отцы – дети; 2) переработка конфликта и осознание как познавательный процесс; 3) переориентировка в форме изменения установок и построения новых форм поведения, особенно в отношениях между людьми. Такая постановка цели имеет общность во многих методах психотерапии.

Эмоциональное отношение возникает при каждом виде психотерапии, в одних случаях намеренно, в других непроизвольно. Ими надо тщательно руководить, иначе можно не распознать потребности больного, и эмоциональная установка терапевта к больному останется неконтролируемой. В каждом случае лечения врач стремится распознать и обработать конфликты пациента, даже если врач вначале исходит из других установок, т. е. преследует иные цели, например снятие напряжения или изменение поведения. Элементы обучения также налицо при всех видах терапии, а не только при поведенческой терапии. Модификации поведения могут включать изменения установок и высвобождать путь к переориентировке и дальнейшему развитию личности, когда также возникают показания к конфликтцентрированной терапии. С другой стороны, психодинамическая терапия в состоянии позволить пациенту изменить его поведение в предпочтительную сторону. Благодаря объяснениям и достижениям познания психотерапией можно добиться того, чтобы пациент в практической жизни отважился на новые шаги.

Относительно *техники* психотерапевтических процессов следует отметить тщательное изучение психотерапевтических методов, старательное соблюдение правил и приобретенный под наблюдением опыт. Это все непременные атрибуты психотерапевтической службы. Тем не менее техника не столь важна в психотерапевтическом процессе. Наряду с другими факторами (способности терапевта, показания и т. д.) решающими являются позитивные отношения между пациентом и врачом: с одной стороны, мотивация пациента – отдать себя на лечение к данному терапевту, а с другой – терапевта – готовность принять этого пациента. Основные предсказания успеха лежат в понимании того, что ищет врач в психотерапии.

Этой задаче служит дальнейшее обучение в *балинтовских группах*, в которых врачи обмениваются опытом лечения и встречающимися при этом трудностями, чтобы сообща их изучить. Балинт, который считал обучающий анализ дорогостоящим и не в каждом случае нужным методом, писал: «Каждый представленный случай может стать источником новых открытий. Этим самым известные феномены можно видеть в новом свете. Врач должен изучить, почему в одних случаях он восприимчив, а в других – невосприимчив, почему он в эмоциональном отношении к одному пациенту близок, а к другому остается равнодушным, так как эти трудности связаны с его собст-

венной персоной. Вначале врач находит это у своего коллеги, вскоре обнаруживает, что это касается не меньше и его самого. Тогда он начинает ограниченное, но тем не менее примечательное изменение своей личности, и он способен проявить волю и в состоянии проделать этот сдвиг». Врач должен научиться внимательнее воспринимать проявления психики пациента, понимать его конфликты и во время лечения распознавать и использовать феномены сопротивления и перенесения.

Другой акцент имеют *группы самопознания*: терапевты образуют группу обучения, в которой прорабатываются личные проблемы участников, их трудности в лечении, включая их неосознанные мотивации, в том числе в психодинамическом аспекте. Таким образом, в центре исследования оказывается сам терапевт. Группа самопознания может работать, концентрируясь на каких-то темах и анализируя терапевтическую деятельность одного врача по отношению к одному пациенту. Состав балинтовской группы изменчив. Этот метод обучения занимает сейчас ведущее место в системе образования психотерапевтов.

Психотерапия может проводиться разными способами. При важнейших методиках (как психоанализ и его варианты, клиент-центрированная терапия и поведенческая терапия) их результативность подтверждается многочисленными научными исследованиями (среди прочих методов — группы наблюдателей). При этом преимущество одного метода над другим не надо абсолютизировать. Результаты сравнительных исследований говорят об общих неспецифических факторах психотерапии (см. выше).

Все же среди разных подходов и методик в практике одни из них предпочитаются больше, исходя из потребностей и возможностей пациента, а также прогноза самого врача относительно целесообразности мероприятия. Для *показаний* нет строгих предписаний, они должны устанавливаться в каждом отдельном случае на основе следующих обстоятельств: клинической симптоматики и комплекса условий развития болезни, структуры личности и психосоциальной ситуации пациента, достижимых целей и оценки возможностей пациента; по возможности теоретические и методологические факторы должны совпадать. Показания к ориентированной на пациента психотерапии должны быть многосторонними.

После того как в этой главе описаны психотерапевтические методики, важные для лечения больных, следует указать, что применяются и многие другие психотерапевтические подходы. Частично речь идет о комбинациях разных психотерапевтических подходов и методических элементов, которые проводятся под претенциозным названием «гуманистической» психотерапии (последние пытаются также продвигать с использованием пропаганды бихевиоризма в психотерапии). Некоторые имеют мировоззренческое направление. Их проведение не следует твердым правилам, частично ими занимаются профаны. Некоторые из них стали известными — «первичная терапия» (Янов), «биоэнергетика» (Лоуэн), а также гештальттерапия (Перлз) и транс-

акционный анализ (Берн). В остальных случаях речь идет о мистических методах и модных течениях, особенно североамериканского происхождения. Большинство из них невозможно или почти невозможно контролировать.

Психотерапия в психиатрии. Поскольку психотерапия применяется и в других областях, особенно в психосоматической медицине, а также в общеврачебной практике, здесь следует обобщить признаки психотерапии в психиатрии: она не придерживается одного учения и не ограничивается одним методом, но старается быть *разносторонней,* чтобы соответствовать потребностям.

Наряду с описанными здесь методами психотерапии в психиатрии важна психотерапевтическая *установка* больного как основа лечения, а кроме того, здесь применяются такие виды терапии, которые соответствуют «нормальной» деятельности: труд, занятия искусством, движения и т. д. Чтобы руководить этой психотерапевтической работой, в психиатрии собираются разные профессиональные группы. Психотерапией в узком смысле слова руководят врачи и психологи.

Показания к психотерапии в психиатрии определяются по возможности *ориентированными на больного*, меньше зависят от теории, методов и диагноза. Никакие группы больных не исключаются из психотерапии. В нее должны вовлекаться не перспективные больные, а должны применяться перспективные методы в соответствии с потребностями больного. Для отдельных диагностически однородных групп систематически накапливается опыт и вырабатываются разнообразные правила как для базового психотерапевтического лечения, так и для показаний к определенным методам.

Соматотерапия и психотерапия в психиатрии не исключают друг друга. С одной стороны, психотерапия вообще в форме психотерапевтической установки лежит в основе соматотерапии и психиатрического лечения. С другой стороны, соматотерапия может быть предпосылкой психотерапии, готовя для нее почву. Как комбинируют отдельные методы, описано в специальных главах.

Психотерапия в психиатрии имеет *призренческую направленность:* процедуры могут проводиться амбулаторно, полустационарно и стационарно, по возможности ближе к обществу. Чтобы осуществить широкий спектр помощи, в клинике и в собственной практике работают многие психиатры с различными психотерапевтическими методиками.

Психотерапия *интегрирована* в психиатрию. Без психотерапии психиатрия была бы так же обеднена, как и без соматотерапии.

Таким образом, недавнее определение «Врач для психиатрии и психотерапии», которое отражается на развитии современной психиатрии, сформулировано недостаточно профессионально.

СОМАТОТЕРАПИЯ

Сегодня психиатрия располагает эффективными средствами соматотерапии, а именно различными психофармакологическими средствами и другими лечебными методами. Исторически психиатрическая соматотерапия моложе психотерапии. Общее распространение активных методов лечения приходится на одно время, а именно на 50-е годы. Психотерапия и фармакотерапия стали менять прогноз психических заболеваний в последние десятилетия. Благодаря психофармакотерапии появилась возможность эффективного и целенаправленного лечения острых психозов, а также длительного лечения для профилактики рецидивов и реабилитации. Психиатрия стала определенно терапевтической медицинской дисциплиной; психофармакология и фармакопсихиатрия – обширными областями науки. Клинический опыт явился важным побудительным мотивом для нейробиологических исследований. Кроме того, прогрессировали методология психиатрических исследований, развитие объективированных и количественных психопатологических методов, экспериментальная психопатология и исследование течения, внедрение нейробиологических методов, а также статистическая обработка.

Историческое развитие. До 30-х годов в распоряжении психиатрии, например для лечения больных шизофренией, были только успокаивающие средства, такие как снотворные и наркотические средства, с помощью барбитурата сомнифен проводилось лечение сном. В то время для лечения шизофрении применялись терапия средой, трудом и психотерапия. При меланхолии назначали настойку опия. Целенаправленно действующих психофармакологических средств еще не было. Из органических психозов эффективно лечили практически только прогрессивный паралич.

В 1933 г. был открыт эффект инсулиновых ком при шизофрениях (Закель), чуть позже судорожное лечение с помощью кардиазола (Медуна, 1934), затем с помощью электротока (Черлетти и Бини, 1938). Нейрохирургический метод лейкотомии, или лоботомии (Мониц, 1935), был распространен несколько позже.

С открытием антипсихотического действия хлорпромазина (мегафен) французскими психиатрами Делеем и Деникером с 1952 г. началась психофармакотерапия, вначале для шизофрений. Благодаря химическим модификациям фенотиазинов были получены интенсивные нейролептики и трициклические антидепрессанты (имипрамин, 1957). Примерно в это же время добавились такие нейролептики, как бутифероны, и такие антидепрессанты, как ингибиторы моноаминоксидазы. В 60-е годы были выделены бензодиазепины как транквилизаторы, клометиазол для лечения делирия и соли лития для профилактики аффективных психозов, а также терапия бодрствованием (антидепрессивное лишение сна).

Психофармакологическими средствами называются химические соединения, которые влияют на центральную нервную регуля-

цию и таким образом изменяют психические функции. Клинически различаются три группы:

а) психофармакологические средства в узком смысле слова — это терапевтически применяемые психотропные соединения, а именно: нейролептики (антипсихотики), антидепрессанты и нормотимики (для профилактики фаз), а также транквилизаторы (анксиолитики, атарактики);

б) в широком смысле сюда причисляют гипнотики (снотворные средства), седативные (успокаивающие средства), включая алкоголь, и стимуляторы (психоаналептики), а также никотин;

в) психофармакологические вещества имеются также в соединениях, которые вызывают психопатологические расстройства и поэтому называются психотомиметики, психодислептики, галлюциногены, оглушающие вещества, или короче — «таблетки».

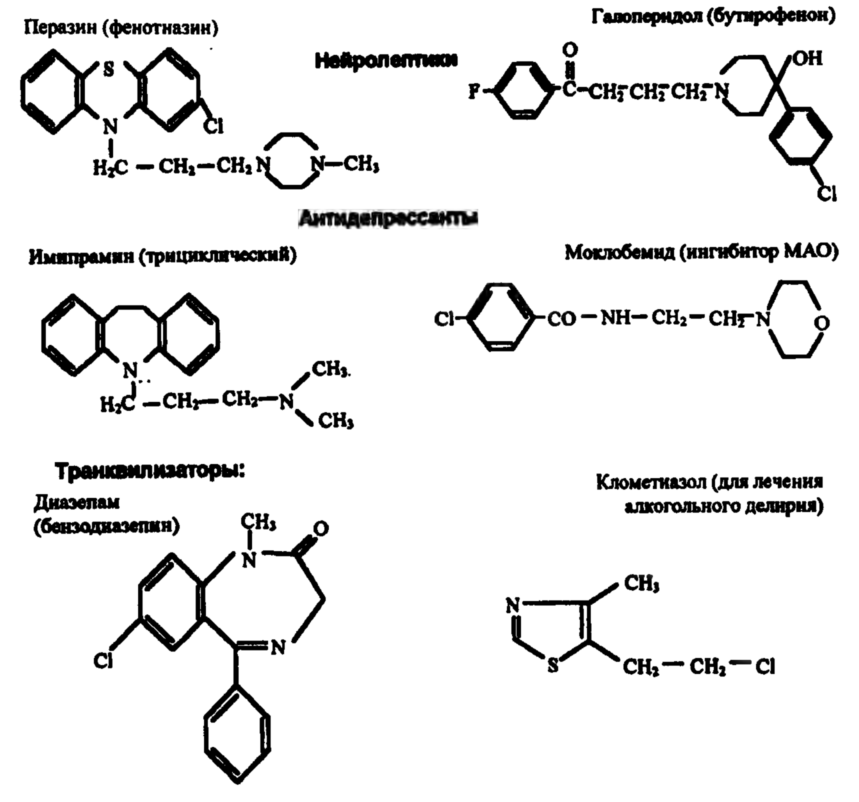


Рис.25. Химическая структура психофармакологических средств

Соединения группы «б» и «в» часто применяют в целях злоупотребления; они описаны в главе о наркотиках. Психофармакологические средства в узком смысле слова («а») будут описаны в следующих разделах после освещения деталей показаний и применения при конкретных заболеваниях.

Нейролептики

Нейролептики – это не то чтобы более новые или более сильные седативные средства, а химически, фармакологически и клинически существенно иные медикаменты, чем снотворные или транквилизаторы. В медицине нейролептики находят разностороннее применение. Преимущественные области их использования – это шизофрении и мании.

Основные направления действия нейролептиков состоят в их психическом, двигательном и вегетативном эффектах (триада ствола мозга), а также в эндокринном действии. У отдельных нейролептиков имеются определенные различия.

1. *Психическое действие*, которое отмечается и у здоровых: определенная, не сравнимая с нормальной усталость, ослабление побуждений и интересов, эмоциональная индифферентность и иногда недовольно-дисфорическое расстройство настроения. Это так называемое непосредственное действие в большинстве случаев выражено слабо, но при более высоких дозах может стать сильнее.

При психотических, в частности шизофренических, состояниях нейролептики раскрывают свое *антипсихотическое действие*, особенно на возбуждение и аффективные расстройства, бред, галлюцинации, а также расстройства мышления. Нейролептики оказывают «упорядочивающее» действие, а не седативное.

Констатация этого при нейролептическом лечении только условно относится к *детям и подросткам*. В то время как взрослые на основе многолетнего собственного опыта имеют относительно стабильное Я, дети и подростки гораздо чувствительнее реагируют на изменения самочувствия и окружающей жизни. Изменение таких переживаний, вызываемое нейролептиками, порождает у детей неуверенность и нарушает стабильность форм их реакций. Из-за этого «упорядочивающее действие» нейролептиков у психически больных детей и подростков достигает более низкой степени, чем у взрослых, показания у них более строгие, а дозы существенно меньше.

Названные нейролептически обусловленные расстройства настроения редко достигают степени так называемой *фармакогенной депрессии*; если это происходит, то необходимо сокращать дозы или отменять препарат, заменяя

его нейролептиками с иными свойствами. Депрессивные расстройства в течении шизофрении нельзя объяснять чисто фармакологически. Они возникают и у нелеченных больных; могут быть прямым симптомом болезни и, возможно, связаны с прогнозом, который предполагает сам больной в связи с психозом и изменением восприятия мира.

С позиций больного усталость, расстройства настроения, стеснение движений (см. ниже) и изменение телесных ощущений — нежелательные явления и отчасти неприятные побочные эффекты нейролепсии; но все же большинством больных, как показывают наблюдения, эти явления воспринимаются как неизбежное следствие лечения, если настойчиво расспрашивать их об этом. Формулировки типа «химический жилет» или «таблеточная дубинка» — ненужное преувеличение.

2. *Двигательные эффекты*. Они являются наиболее частыми побочными эффектами и заслуживают детального освещения.

Инициальная дистония (ранняя дискинезия): в первые дни лечения (особенно при быстром наращивании доз) могут появиться двигательные проявления раздражения — судороги взора, судороги языка и глотки, тортиколлис, судороги в одной половине тела. Как неожиданно они возникают, так внезапно могут и исчезнуть при даче антипаркинсонических средств, таких как биперидин (акинетон) внутримышечно или внутривенно, и не являются показанием к прерыванию лечения.

Акинетический синдром (паркинсоноид) может развиться спустя несколько недель после начала лечения, редко раньше; в принципе обратим. Акинезия выражена отчетливо, гипертонус и тремор, однако, более слабы, чем при других синдромах паркинсонизма. Он нередко сопряжен с описанными психическими симптомами побочных эффектов, отсюда названия акинетоабулического синдрома и акинетической депрессии.

Снимают эти явления антихолинергические препараты, например биперидин (акинетон, 3—4 раза в день по 1/4—1/2 таблетки); результат различен. Это средство надо дозировать бережно, поскольку оно может снижать антипсихотический эффект, а в дальнейшем течении усиливать возникающие поздние дискинезии. Поэтому их профилактическое действие спорно. Полезнее снижать дозы нейролептиков или давать менее действующие экстрапирамидно нейролептики (например, перазин, тиоридазин, клозапин).

Акатизия выражается в двигательном беспокойстве, которое особенно ощущается в ногах («сидячее беспокойство»); пациенты топчутся на месте. Это относительно частое побочное явление не всегда можно отличить от беспокойства, вызванного бо-

лезнью. Лечебные мероприятия – снижение дозировок, если это возможно; в других случаях – β-блокаторы типа пропранолола (доцитон, от 30 до 80 мг в день) или же бензодиазепины; антипаркинсонические средства менее эффективны.

Поздние дискинезии (хронические дискинезии) – это возникающие после длительного нейролептического лечения экстрапирамидные побочные явления, которые сходны с гиперкинезами при хорее Гентингтона, хотя и менее сильно выражены: непроизвольные движения рта, языка, губ и глазных мышц, а также конечностей, особенно в пальцах рук и ног. Кроме того, возникают другие экстрапирамидные и пирамидные моторные нарушения. В большинстве случаев сами больные их почти не замечают. Частота поздних дискинезий определяется по-разному, чаще в пределах 10–20 %. Поздние дискинезии следует дифференцировать с гиперкинезами после мозговых кровоизлияний и вследствие лечения L-Допа (болезнь Паркинсона), а также с кататоническими моторными расстройствами.

В отличие от ранних экстрапирамидных расстройств поздние дискинезии могут сохраняться длительно и даже быть необратимыми. Они возникают чаще при тех нейролептиках, которые изначально действуют сильнее на экстрапирамидную систему. Пациента необходимо информировать о такой возможности, если это позволяет его психическое состояние. При длительной терапии нейролептиками врач должен обращать внимание на возможность развития поздних дискинезий, обследовать моторику, особенно мускулатуры рта, языка и больших пальцев ног.

Терапевтически рекомендуется редуцировать нейролептические средства (без внезапного обрыва) или переходить на нейролептики (так называемые атипичные) с минимальным экстрапирамидным действием или(и) давать тиаприд («Тиапридекс»). Профилактика при долговременном лечении нейролептиками заключается в точном учете показаний к использованию нейролептиков, контроле за дозировками и в выборе по возможности двигательно менее активных препаратов.

3. *Вегетативные эффекты* у большинства нейролептиков выражены относительно незначительно; нередко слюнотечение (в сочетании с акинезией; корректором является пиренцепин). У алифатических фенотиазинов и других нейролептиков проявляется описанное при действии антидепрессантов антихолинергическое действие, особенно ортостатическая дисрегуляция (часто при нормальных показателях артериального давления в покое). Изредка наступает задержка или недержание мочи.

4. *Эндокринное действие:* нейролептики тормозят диэнцефальное управление гипофизарной функцией. Поскольку это управление заключается в стимуляции, то нейролептики подавляют также функцию передней доли гипофиза. Вероятно, снижение выделения АКТГ определяется гонадотропина-

ми. Из-за этого может наступить *аменорея* (хотя она может быть проявлением самой болезни), иногда гинекомастия. На более частое снижение *полового влечения* и функции мало обращают внимания.

Галакторея может развиться под действием нейролептиков (и очень редко — антидепрессантов), потому что при изменениях гипоталамических функций управления наступает гиперпролактинемия. В остальном о влияниях эндокринных функций известно мало. Как и многие побочные эффекты, эндокринные сдвиги под действием нейролептиков обратимы. Часто *увеличивается масса тела*, в основном из-за повышения аппетита.

5. *Другие побочные эффекты*: аллергические экзантемы, фотодерматозы, отеки лица или ног, гипергликемии, сниженный уровень судорожной готовности (припадки). Серьезные, но редкие *осложнения* — интрагепатический холестаз (только при действии алифатических фенотиазинов) и агранулоцитоз (только под влиянием трициклических нейролептиков), особенно при даче клозапина в первые 18 недель. Преходящие и неопасные лейкопении встречаются несколько чаще. О кардиотоксичности см. антидепрессанты.

Из-за этих побочных явлений необходимы *регулярные исследования*, которые представлены в табл. 4. При каждом случае инфекции нейролептическое лечение должно быть прервано для контроля состава крови.

Таблица 4. **Рекомендации по рутинному обследованию при даче нейролептиков и антидепрессантов; Х—число контрольных исследований (по Бенкерту и Гиппиусу)**

Показатели	До начала	Месяцы						Каждый месяц	Каждый квартал
		1	2	3	4	5	6		
Картина крови (трициклические нейролептики и антидепрессанты)	x	xx	xx	xx	xx	x	x		x
Картина крови (клозапин)	x	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xx	x	x	
Картина крови (другие нейролептики и антидепрессанты)	x	x	x	x	x	x	x		x
АД / пульс	x	xx	xx	xx	x	x	x		x
Моча, креатинин	x			x			x		x
Глютамат-оксалацетат-трансамилаза (GOT), глютмат-пируват-трансамилаза (GPT), гамма-глютаматтрансамилаза (γ-GT)	x	x	x	x			x		x
ЭКГ	x[а]			x[а]			x[а]		x[а]
ЭЭГ	x			x[б]			x[б]		x[б]

Примечания. [а] — у больных старше 50 лет и при сердечно-сосудистых нарушениях; [б] — у больных с органическими мозговыми нарушениями.

Так называемый *злокачественный нейролептический синдром* состоит из лихорадки, расстройств сознания, выраженных вегетативных нарушений, экстрапирамидного мышечного напряжения и расстройств обмена веществ. Его трудно дифференцировать со злокачественной кататонией и со злокачественной гипертермией при анестезии. Эти осложнения редки, но они угрожают жизни. Лечение: немедленная отмена нейролептиков, дантролен-натрий (дантролен) или бромокриптин (правидель), а также электросудорожная терапия.

Тератогенные повреждения под действием нейролептиков не бесспорны; все же лучше в первые 3 месяца беременности и за неделю до родов по возможности от нейролептиков отказаться.

Относительные *противопоказания*: наряду с тяжелыми сердечными и сосудистыми заболеваниями это болезни печени, глаукома и гипертрофия простаты (задержка мочи вследствие антихолинергического действия многих нейролептиков). В таких случаях необходима совместная работа с соответствующими специалистами.

Взаимодействие с другими препаратами. Центральное подавляющее действие нейролептиков усиливается алкоголем, транквилизаторами, снотворными средствами, антигистаминными препаратами и др. Уровень их в плазме понижается (и соответственно ослабляется действие) карбамазепином, никотином и, возможно, антипаркинсоническими средствами.

Обобщение побочных действий: нейролептики — это относительно хорошо переносимые медикаменты. Названные побочные эффекты встречаются далеко не у всех больных. Они в принципе обратимы, за исключением поздних дискинезий. При осторожно проведенном лечении они могут быть исключены или сведены к минимуму. Полностью избежать их нельзя. Двигательные эффекты не могут быть ни прогностическим фактором, ни предиктором терапевтического действия (даже в форме тонкого изменения почерка, как это считалось некоторое время). При названных серьезных осложнениях редко ставят вопрос об отмене лечения.

Патический аспект: седация, двигательные ограничения и аффективное ослабление могут (хотя объективно и не опасны) *субъективно* повредить больному, получающему нейролептики. Многие больные не говорят об этом, потому что не придают значения или считают ущерб небольшим на фоне общего улучшения состояния. Но немалое число больных страдает от этих фармакогенных изменений. Поэтому следует помнить о патическом аспекте, т. е. о переживаниях самого больного. Так, инициальные дистонии из-за необъяснимости соматических неприятных ощущений могут вызывать страх или же могут восприниматься как проявление самостоятельности тела или как соматизация психического заболевания. Одновременно больные переживают нежелательную седацию нейролептиками не только как подавленность и усталость, но и как нарастание пассивности, а

также локальные телесные ощущения с мучительным беспокойством. То же самое можно сказать о нейролептическом влиянии на аффективность, восприятие и мышление (Виндгассен). В таком случае надо всегда обсуждать это с больными.

Другие области применения, за пределами психиатрии. Нейролептики имеют многостороннее применение:

- как снотворные средства (например, левомепромазин /«Нейроцил»);
- как анксиолитики (в малых дозах, например, при бензодиазепиновой зависимости);
- для потенцирования наркоза: при нейролептаналгезии часто применяется дериват бутирофенона дроперидол в комбинации с анальгетиком фентанилом как «Таламонал»;
- для купирования боли в комбинации с анальгетиками (в том числе при невралгиях и фантомных болях);
- против мигрени;
- против гиперкинетических двигательных расстройств (особенно пиперазинил-фенотиазины и бутирофеноны);
- как противорвотное (например, тиэтилперазин);
- как антигистаминные препараты (фенотиазины с разветвленной алифатической боковой цепью);
- против преждевременной эякуляции и сексуальных девиаций, поскольку нейролептики редуцируют либидо и потенцию.

Не показаны нейролептики при простой нервозности и вегетативной дизрегуляции, которые лучше лечить психотерапевтически и физиотерапевтически. Обычные трудности поведения и воспитания у детей также не могут служить показанием для терапии нейролептиками (или другими психофармакологическими препаратами).

Группы нейролептиков. Все нейролептики имеют общность по ядру химической структуры. В остальном имеются связи между химической структурой и клиническим действием.

Фенотиазины приобретают нейролептические свойства при замещении кольцевого остова и особенно при удлиненных и кольцеобразных цепях. На одном полюсе скользящей шкалы стоят фенотиазины с разветвленной алифатической боковой цепью (рис.9 на цв. вкл. и табл. 5, группа 1) и следующие опорные пункты действия: наряду с нейролептическим также седативно-снотворное и частично антидепрессивное действие, антигистаминное действие, вегетативные побочные явления и относительно медленное развитие действия.

На другом полюсе, представленном пиперазинил-фенотиазинами (группа 3) и в большинстве *бутирофенонами* (группы 5 и 6), нейролептическое действие выражено сильнее и наступает быстрее, имеет более выраженное противорвотное действие и более сильный экстрапирамидно-двигательный побочный эффект (последний, однако, относительно незначителен у перазина). *Тиоксантены* и другие трициклические нейролептики (группы 4 и 5) в основном в своем профиле действия сходны с фенотиазинами.

Резерпин – алкалоид раувольфии, известной как «сумасшедшая капуста» уже в дохристианских культурах, как нейролептик имеет значительные недостатки и в психиатрических целях уже не используется, иногда применяется при повышенном кровяном давлении.

Таблица 5. **Нейролептики**

Торговое название	Химическое название	Торговые формы	Клиническое лечение острых психозов		Пролонгированное лечение
			парентеральная разовая доза, мг [б]	энтеральная доза, мг	Дневная доза энтерально, мг
1	2	3	4	5	6
		1. Фенотиазины с алифатической боковой цепью			
Протактил [Празин]	Промазин	Драже по 25, 50, 100 мг Суспензия: 5 мл/50 мг Ампулы: 1 мл/50 мг	50–100	—	100–300
Нейроцил <[Нозинан]>	Левомепромазин	Таблетки по 25 и 100 мг 10 капель = 10 мг Ампулы: 1 мл/25 мг	25–75	100–300	—
Терален	Алимемазин	10 капель = 10 мг	—	15–75	10–50
		2. Фенотиазины с пиперидиловой боковой цепью			
Меллерил [а]	Тиоридазин	Драже по 25 и 100 мг Ретард-таблетки 30 и 200 мг 10 капель = 10 мг	—	150–600	100–300
		3. Фенотиазины с пиперазиниловой боковой цепью			
Таксилан	Перазин	Драже по 25 и 100 мг Таблетки по 100 мг 10 капель = 20 мг Ампулы: 2 мл/50 мг	50–100	150–600	100–300
Ятронейрал	Трифлуоперазин	Драже по 2 мг Капсулы по 2 мг (ретард)	—	10–30	5–15
Децентан Трилафон	(Хлор)-перфеназин	Таблетки по 4, 8 мг 10 капель = 2 мг	10–20	20–64	(12–32)
Дапотум [Модитен]	Флуфеназин	Таблетки по 5 мг 20 капель = 4 мг Ампулы: 1 мл/10 мг	4–10	4–20	(2–8)
Лиоген	Флуфеназин	Таблетки по 1 и 4 мг 20 капель = 2,5 мг Ампулы: 1 мл/5 мг	4 –10	4–20	(2–8)
Лиоген ретард		Драже по 3 и 6 мг			
		Таблетки по 25 мг	—	75–150	50–100
Эзукос	Диксиразин	Капли: 1 мл = 22 мг			

Продолжение табл. 5

1	2	3	4	5	6
		4. Тиоксантены			
Труксал	Хлорпротиксен	Драже по 15 и 50 мг 1 мл сиропа = 20 мг Капли: 1 мл = 20 мг Ампулы: 1 мл/50 мг	50—100	200—600	100—250
Циатил [Сординол]	Клопентиксол	Таблетки по 25 мг Ампулы: 1 мл/25 мг[в]	25	50—150	(20—50)
Циатил Z	Циклопентиксол	Таблетки по 2, 10 и 25 мг 10 капель = 10 мг	50	15—70	5—25
Флуанксол	Флупентиксол	Драже по 0,5 и 5 мг	—	2—10	(1—2)
		5. Другие трициклические нейролептики			
Доминал-форте	Протипендил	Драже по 40 и 80 мг Ампулы: 2 мл/40 мг	40—120	200—800	160—400
Ниполепт[г]	Зотепин	Драже по 25, 50 и 100 мг	—	100—400	75—150
Лепонекс[в, г]	Клозапин	Таблетки по 25, 50 и 100 мг Ампулы: 2 мл/50 мг	50—100	200—400	150—300
		6. Дериваты бутирофенонов			
Галдол Бутеридол	Галоперидол	Таблетки по 1, 2, 5, 10 и 20 мг 10 капель = 1 или 5 мг Ампулы: 1 мл/5 мг	5—10	3—20	(1—6)
Импромен Тесопрел	Бромперидол	Таблетки по 5 мг 20 капель = 2 мг Ампулы: 1 мл/5 мг	5—10	3—20	(1—6)
Трипередол	Трифлуперидол	20 капель = 1 мг Ампулы: 1 мл/2,5 мг	1—2,5	2—6	(1—3)
Дипиперон	Пипамперон Флоропипамид	Таблетки по 40 мг Сироп: 5 мл = = 20 мг	—	120—360	80—160
Глианимон	Бенперидол	Таблетки по 2, 5, 10 мг 20 капель = 2 мг Ампулы: 2 мл/2 мг	0,5—1,5	2—6	(0,5—2)
Эунерпан[г] <Буронил>	Мелперон	Драже по 25 и 100 мг 20 капель = 5 мг Ампулы: 2 мл/50 мг Сироп: 5 мл = = 25 мг	—	100—300	50—150
Дегидробензперидол	Дроперидол	Ампулы: 2 мл/5 мг	5—25	—	—

Окончание табл. 5

1	2	3	4	5	6
		7. Другие нейролептики			
Орап	Пимозид	Таблетки по 1 и 4 мг (форте)	—	4–8	1–4
Догматил	Сульпирид	Таблетки по 50 и 200 мг 1 мл сиропа = 5 мг Ампулы: 2 мл/100 мг	—	—	200–600
Риспердал	Рисперидон	Таблетки по 1, 2, 3 и 40 мг	—	—	3 — 8

Примечания: [а] — торговые названия в <Австрии> или в [Швейцарии]; [б] — в общем применимо внутримышечно и внутривенно (см. проспект в упаковке); [в] — применимо ограниченно; [г] — так называемые атипичные нейролептики.

«Атипичные» нейролептики. Они группируются не по химической структуре, а по профилю действия. В отличие от «классических» (так называемых высокопотентных) нейролептиков, атипичные нейролептики обладают другими биохимическими действиями, клиническими эффектами и побочными действиями. Они противоречат прежним теориям, которые говорили, что сильный антипсихотический эффект неизбежно должен сопровождаться двигательными побочными действиями.

К атипичным нейролептикам причисляют: клозапин, сульпирид, мелперон, зотепин, риспиридон, тиоридазин (см. табл. 5). Они отличаются биохимически относительно воздействия на различные допаминергические системы. Побочные двигательные нарушения клинически проявляются достаточно незначительно (чаще отсутствуют вообще), однако у некоторых отмечаются выраженные вегетативные и эндокринные эффекты, усталость и риск изменения картины крови. Терапевтически атипичные нейролептики часто полезны как альтернатива у чувствительных к экстрапирамидно-двигательным побочным эффектам больных и при терапевтической резистентности. Однако они не имеют пролонгированных форм.

Дозировки: приведенные в табл. 5 дозировки отражают только усредненные данные, особенно пригодные для лечения шизофрений и маний. Современное деление на сильные (потентные), средние и слабые нейролептики не имеет смысла, так как этим только указывается, в каком количестве миллиграммов эффективен нейролептик; но это не говорит о терапевтической пользе, которая существенно зависит от соотношения действие—побочное действие.

В основном предпочтителен пероральный прием препаратов. При парентеральном введении для лечения острых состояний дозы составляют примерно половину энтеральных. Инъекции (внутривенно и внутримышечно) могут вызвать повреждения сосудов и тканей.

Депо-нейролептики. Длительное действие нейролептиков (табл. 6) осуществляется в основном их эстерификацией и добавками, которые затормаживают всасывание, как у флушпирилена и пенфлуридола. Последние — это единственные пероральные депо-нейролептики, остальные вводятся внутримышечно и локально хорошо переносятся. Они применяются в основном при длительном лечении шизофрений для профилактики рецидивов.

Таблица 6. **Пролонгированные нейролептики**

Торговое название [a]	Химическое название	Торговые формы	Разовая доза, мг	Промежутки между введением (недели)
Децентан-депо	Перфеназин-энантат	Ампулы: 1 мл/100 мг	100	2–3
Лиоген-депо Дапотум-Д	Флуфеназин-деканоат	Ампулы: 2 мл/25 мг 1 мл/25 мг	12,5–25	3–4
Циатил-Z-депо <Цис-ординол> [Клопиксол]	Цуклопентиксол-деканоат	Ампулы: 1 мл/200 мг	50–200	2–3
Флуанксол-депо	Флупентиксол-деканоат	Ампулы: 1 мл/20 мг и 1 мл/100 мг	20–40	2–3
Галдол-Янссен-деканоат	Галоперидол-деканоат	Ампулы: 1 мл/50 мг	50–150	4
Имап	Фушпирилен	Ампулы: 1 мл/2 мг	1,5–7,5	1
Семап [б]	Пенфлуридол	Таблетки по 20 мг	10–40 (энтерально)	1

Примечания: [a] — торговые названия в <Австрии> или в [Швейцарии]; [б] — применение ограничено.

Механизм действия: допаминовая гипотеза нейролептического действия обсуждается в связи с этиологией шизофрении. Нейроэндокринные побочные действия (например, гиперпролактинемия) связываются с воздействием на туберо-инфундибулярную систему. Однако эти данные пока не позволяют создать какую-либо четкую теорию нейролептического действия.

Антидепрессанты

Антидепрессанты действуют, улучшая настроение и снимая чувство страха, особенно при меланхолии (эндогенных депрессиях; там их применение описано отдельно), а также как при депрессивной симптоматике у больных шизофренией, так и при тяжелых депрессиях, тревожных неврозах и неврозах навязчивостей; в тех случаях, когда успокаивающие средства и транквилизаторы вряд ли помогут.

Обобщенный список наиболее употребительных препаратов представлен в табл. 7, где в примечании отмечены отдельные подгруппы.

Таблица 7. **Антидепрессанты[а] (по алфавиту; сравни с табл. 8)**

Торговое название [а]	Химическое название	Торговые формы	Суточные дозы энтерально, мг
1	2	3	4
Анафранил[б]	Кломипрамин	Драже по 10 и 25 мг Ретард-таблетки по 75 мг Ампулы: 2 мл/25 мг	50 – 150
Апонал, синкван[б] <Синекван>	Доксепин	Таблетки по 5, 10, 25 и 50 мг Ампулы: 2 мл/25 мг	75 – 200
Эквилибрин[б]	Амитриптилиноксид	Таблетки по 30, 60, 90 и 120 мг	60 – 100
Феварин[в] <[Флоксифрал]>	Флувоксамин	Таблетки по 50 и 100 мг	100 – 250
Флуктин[в] <[Флуктин]>	Флуоксетин	Драже по 20 мг В растворе: 5 мл = 20 мг	20 – 40
Гамонил[б]	Лофепрамин	Таблетки по 35 и 70 мг	70 – 210
Идом <Ксеренал>[б]	Досулепин	Драже по 25 (мите) и 75 мг	75 – 200
Лудиомил[г] Деприлепт	Мапротилин	Драже по 10, 25, 50 и 75 мг Ампулы: 5 мл/25 мг	75 – 200
[Конкордин][б]	Протриптилин	Таблетки по 5 и 10 мг	20 – 50
Нортрилен[б]	Нортриптилин	Драже по 10 и 25 мг	50 – 100
Новерил[б]	Дибензепин	Драже по 40 (мите), 80 и 240 мг (ретард) Ампулы: 2 мл/40 мг	120 – 360
Пертофран[б]	Дезипрамин	Драже по 25 мг	50 – 150
Ремергил[г]	Миртазапин	Таблетки по 15 и 30 мг	15 – 45

Окончание табл. 7

1	2	3	4
Саротен [б]	Амитриптилин	Драже по 10 и 25 мг Саротен ретард-капсулы по 25, 50 и 75 мг (таблетки) Ампулы: 2 мл/50мг; 1 мл/10 мг	75 – 200
Стангил [Сурмонтил][б]	Тримипрамин	Таблетки по 25 и 100 мг 10 капель = 10 мг Ампулы: 2 мл/25 мг	75 – 200
Тагонис, Сероксат[в]	Пароксетин	Таблетки по 20 мг	20 — 60
Томбран[г] [<Тритико>]	Тразодон	Капсулы по 25, 50 и 100 мг Ампулы: 5 мл/50 мг	150 – 400
Тофранил[б]	Имипрамин	Драже по 10, 25 и 50 мг Ампулы: 2 мл/25 мг	75 – 200
Толвин[г] [Толвон]	Миансерин	Таблетки по 10, 30 и 60 мг	20 – 80
Тревилор	Венлафаксин	Таблетки по 37,5 и 50 мг	75 — 300
Вивалан [г]	Вилоксазин	Таблетки по 100 мг Ампулы: 5 мл/100 мг	150 – 300

Примечания. [а] – торговое наименование в <Австрии> или [Швейцарии]; [б] – трициклические соединения; [в] – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; [г] – тетрациклические и другие антидепрессанты

Трициклические антидепрессанты. Самые старые соединения, производные от фенотиазинов, а именно имипрамин и амитриптилин, относятся все еще к достаточно активным антидепрессантам. Некоторые из них имеют сильное седативное действие (например, тримипрамин), что имеет важное значение при ажитации. В остальном, с терапевтической точки зрения, они имеют больше общих черт, чем различий. Необходимо более учитывать различные профили нежелательных эффектов (см. ниже). *Нейрохимически* трициклические антидепрессанты тормозят обратный захват серотонина и норадреналина (различаясь преобладанием того или другого действия) и повышают чувствительность постсинаптических рецепторов.

Побочные действия главным образом носят вегетативный характер и ухудшают самочувствие чувствительных больных. Врач должен всегда расспрашивать таких больных и при необходимости менять препарат.

Антихолинергические побочные действия:

- сухость слизистых рта, носа и влагалища. Против частой и длительной сухости во рту иногда помогает муцинол; больному лучше что-нибудь пить понемножку или сосать;
- запор (диетическое лечение);
- тонкий тремор пальцев рук; только в выраженных случаях требуется лечение β-блокаторами (например, пропранолол: 2—3 раза в день по 10—20 мг);
- гипергидроз, особенно ночные поты; средства лечения неизвестны;
- мидриаз и слабость аккомодации, которые можно корректировать с помощью очков (несколько очков от +0,5 до -0,5 диоптрий можно держать в клинике и давать по мере надобности напрокат). Берегись глаукомы!

Действие на α-адренорецепторы:

- тахикардия и
- головокружение с объективируемой ортостатической дисрегуляцией. Коррекционное средство — дигидроэрготамин (дигидергот ретард: 2 раза в день по 1—2 таблетки), так же и для профилактики; кроме того — физиотерапия.

Антигистаминные эффекты:

- седация до обнубиляции сознания в первые дни (учитывать вождение!);
- нарастание веса (вовремя учитывать!)

Более редкие побочные действия:

- задержка мочеиспускания вплоть до ишурии. Коррекционные средства — «Дорил» и «Дибензиран». Однако она возможна и вследствие (нераспознанной) гипертрофии простаты;
- нарушения сексуальной функции;
- кроме упомянутых безобидных и компенсируемых эффектов на сердце и кровообращение (при терапевтических дозах редко, часто после интоксикаций), проявляются *кардиотоксические действия*, особенно в виде нарушения реполяризации; страдают больные с нарушениями проводимости. Поэтому перед началом лечения надо проводить ЭКГ исследование;
- эндокринные эффекты такие же, как при действии нейролептиков, и в большинстве случаев слабо выражены;
- склонность к тромбофлебитам может возрастать;.
- судорожные припадки вследствие повышенной центральной возбудимости;
- нарушения картины крови как при нейролептиках, несколько чаще. Контрольные обследования см. в табл. 4.

Психические побочные действия:

- многие больные испытывают беспокойство, вплоть до ажитации. Коррекция при помощи транквилизаторов или нейролептиков типа левомепромазина,
- изредка делирий или параноидно-галлюцинаторный синдром;
- иногда провоцируются повторные гипоманиакальные колебания, которые протекают в виде укороченных фаз.

Тератогенные действия хотя и не определены точно, однако не исключаются, поэтому надо избегать назначения антидепрессантов в первом триместре беременности.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: уровень антидепрессантов в сыворотке снижается (и соответственно уменьшается лечебное действие) под влиянием алкоголя, разных снотворных средств, оральных

контрацептивных средств, никотина и др.; повышается их уровень в сыворотке (что имеет следствием нарастание побочных эффектов) при действии ингибиторов МАО, некоторых антибиотиков, дисульфирама, нейролептиков и других медикаментов. Антидепрессанты могут ограничивать эффект гипотензивных препаратов.

Противопоказания в абсолютном смысле встречаются редко; однако так как побочные действия и осложнения могут встречаться при общем лечении антидепрессантами, необходима, по мере надобности, совместная работа с различными специалистами.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Эти новейшие антидепрессанты действуют холинергически и ниставминергически (см. выше) и только лишь в незначительной степени на α-1-адренорецепторы. Они имеют также очень мало побочных действий. Только при интоксикации может быть небольшое кардиотоксическое действие. Необходимо учитывать, однако (особенно вначале), возможность появления тошноты, вплоть до рвоты, ажитации и расстройства сна, желудочно-кишечные расстройства и ослабление эрекции.

При таком профиле действия, сходном с трициклическими препаратами, антидепрессантный эффект ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI) даже выше, особенно при длительном лечении, а также у пожилых больных.

Ингибиторы моноаминооксидазы. Эти антидепрессанты не имеют общей химической структуры, но отличаются общим биохимическим действием, как указывает их название.

Более *старые ингибиторы МАО* (см. табл. 8) менее эффективны по сравнению с трициклическими антидепрессантами, вызывают более сильные побочные явления, а именно нежелательное усиление потребностей и ажитацию, провокацию маниакального и галлюцинаторно-параноидного синдрома, вегетативные эффекты и гипертонические кризы. Это объясняется потенцированием тирамина. Поэтому во время лечения надо избегать тираминсодержащих пищевых продуктов (например, ферментативные сыры) и симпатомиметиков. Из-за этого комбинации их с трициклическими антидепрессантами проблематичны. Эти средства применяются все меньше.

Таблица 8. **Ингибиторы моноаминоксидазы**

Торговое название	Химическое название	Место изготовления[a]	Суточная доза, мг
	Неселективные ингибиторы МАО		
Ниамид	Ниаламид	Ш	75–200
Марплан	Изокарбоксазид	А, Ш	10–60
Парнат, Ятросом N	Транилципромин	А, Ш, Г	20–40
	Селективные, обратимые ингибиторы МАО		
Аурорикс	Моклобемид	А, Ш, Г	200–400
	Брофаромин	?	100–200

Примечание. [a] – Г — Германия; Ш — Швейцария; А — Австрия.

Новые ингибиторы МАО (см. табл. 8) значительно лучше переносятся. Они селективно подавляют МАО-А, которая действует на норадреналин и серотонин. Действие это кратковременное, энзим не распадается необратимо, частично возникают конкурирующие механизмы подавления при сильном нарастании тирамина. Еще не ясно, лучше ли эти обратимые ингибиторы моноаминооксидазы-А (RIMA) в их действии и побочных эффектах, чем трициклические антидепрессанты. Во всяком случае, это полезная альтернатива в лечении депрессий, особенно резистентных к терапии.

Ингибиторы МАО нельзя комбинировать с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина; при смене одних другими необходимо выдержать для безопасности промежуток в 1—2 недели.

Соль лития не является антидепрессантом в прямом смысле (а только лишь в смысле профилактики, так же как и карбамазепин), однако она может усиливать действие антидепрессантов.

5-Гидрокситриптофан, предшественник серотонина, который проникает через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), действует антидепрессивно (окситриптан, левотим по 100 мг 1—3 раза в день) и служит как снотворное средство. Как побочные действия могут возникнуть гипотензия, тошнота, поносы и рвота.

Транквилизаторы

От снотворных и седативных средств транквилизаторы отличаются тем, что они не снижают или почти не снижают ясности сознания, но сильнее расслабляют психически, гармонизируют эмоции (атарактики) и устраняют страх (анксиолитики). Поэтому транквилизаторы называют также атарактиками или анксиолитиками. Они принадлежат к наиболее распространенным в употреблении медикаментам. В Германии в список 10 наиболее часто выписываемых лекарств входят три бензодиазепина.

В табл. 9 (без претензии на полноту) представлены наиболее употребляемые транквилизаторы. Большинство из них принадлежит к группе бензодиазепинов. Препараты, кроме того, различаются длительностью действия. Например, короткодействующие — триазолам и лорметазепам. Приведенные дозировки надо понимать как сугубо приблизительные.

Химически и фармакологически группа транквилизаторов неоднородна. Многочисленные соединения принадлежат к межнейронным блокаторам, которые вызывают расслабление мускулатуры вследствие подавления пост-

синаптических спинномозговых рефлексов. В опытах на животных транквилизаторы действуют антиагрессивно, но не подавляют условные рефлексы убегания.

К механизму действия: бензодиазепины воздействуют на нейротрансмиттер γ-аминомасляную кислоту (ГАМК). Тормозящая функция ГАМК-ергических нейронов в центральной нервной системе бензодиазепинами усиливается. Кроме того, дискутируется наличие специфических бензодиазепиновых рецепторов.

Таблица 9. **Транквилизаторы**

Торговое название	Химическое название	Торговые формы	Суточная доза (амбулаторно), мг	Вечерняя разовая доза, мг
1	2	3	4	5
		1. Бензодиазепины (по алфавиту)		
Адумбран	Оксазепам	Таблетки по 10 и 50 мг (форте)	10–40	10
Альбего	Камазепам	Драже по 10 и 20 мг	20–40	—
Валиквид 0,3	Диазепам	15 капель = 5 мг	2,5–15	2,5–7,5
Валиум*	Диазепам	Таблетки по 2,5 и 10 мг	2,5–15	2,5–7,5
Дальмадорм	Флуразепам	Таблетки по 30 мг	—	15–30
Деметрин	Празепам	Таблетки по 10 мг	10–30	—
Кассадан	Альпразолам	Таблетки по 0,25 и 0,5 мг	0,75–1,5	—
Лексотанил	Бромазепам	Таблетки по 6 мг	3–6	3–6
Либриум	Хлордиазепоксид	Таблетки по 25 мг	5–50	5–25
Лоретам	Лорметазепам	Таблетки по 0,5, 1 и 2 мг	—	0,5–1
Могадан	Нитразепам	Таблетки по 5 мг	—	5
Неодорм	Темазепам	Таблетки по 20 мг		10—20
Ноктазепам	Оксазепам	Таблетки по 10 мг	10–40	10
Ноктамид*	Лорметазепам	Таблетки по 0,5, 1 и 2 мг	—	0,5–1
Нормок	Бромазепам	Драже по 6 мг	—	3–6
Планум	Темазепам	Капсулы по 10 и 20 мг	—	20
Пракситен	Оксазепам	Таблетки по 10, 15 и 50 мг (форте)	10–40	10
Реместан	Темазепам	Капсулы по 10 и 20 мг (мите)	—	10–20
Тавор	Лоразепам	Таблетки по 0,5, 1 и 2,5 мг	2–5	1–2
Талис	Метаклацепам	Таблетки по 10 мг, 30 капель = = 10 мг	5–10	—
Тафил	Альпразолам	Таблетки по 0,5 и 1 мг	0,75–1,5	—
Транксилиум N	Нордазепам	24 капли = 5 мг	—	12–48

Окончание табл. 9

1	2	3	4	5
Транксилиум*	Хлоразепат	Капсулы по 5, 10 и 20 мг	10–20	5–10
Трекальмо	Клотиазепам	Таблетки по 5, 10 и 20 мг	5–15	–
Фаустан	Диазепам	Таблетки по 5 мг, суппозитории по 10 мг	5–15	2,5–7,5
Фризиум	Клобазан	Таблетки по 10 и 20 мг	20–40	–
Хальцион	Триазолам	Таблетки по 0,25 и 0,125 мг	–	0,125–0,5
2. Другие транквилизаторы (по алфавиту)				
Атаракс	Гидроксизин	Драже по 25 мг	30–75	–
Беспар	Буспирон	Таблетки по 5 и 10 мг	15–30	–
Визано	Мепробамат	Драже по 200 мг	200–800	–
Инсидон	Опипрамол	Драже по 50 мг	75–150	–
Ксимован	Зопиклон	Драже по 7,5 мг	–	3,75–7,5
Стилнокс	Золпидем	Таблетки по 10 мг	–	5–15

Примечание. * – эти транквилизаторы содержатся также в инъекциях.

Показания. Транквилизаторы действуют, «побуждая ко сну», в отличие от снотворных, «принуждающих ко сну», хотя переходы здесь плавные. Анксиолитическое действие направлено на страх и состояния напряжения, если при этих большей частью невротических синдромах вообще показано медикаментозное лечение. С одной стороны, следует предостеречь от распространения предписаний транквилизаторов при нервности, перегрузках и истощении, потому что это затрудняет целенаправленное лечение, а с другой – из-за возможности развития зависимости. Относительно применения транквилизаторов у детей и подростков справедливо то, что уже говорилось о задержке восприятий седативными препаратами. У пожилых людей транквилизаторы могут помочь при расстройствах сна и состояниях беспокойства.

Транквилизаторы малоприменимы как антипсихотики, но с полным правом их можно комбинировать с нейролептиками и антидепрессантами. Селективно анксиолитически действует буспирон. Благодаря своему антиконвульсивному действию транквилизаторы назначаются при эпилептических припадках (а также при эпилептическом статусе) и при расстройствах настроения у этих больных. В анестезиологии транквилизаторы используются для премедикации, в родовспоможении – для релаксации, во внутренней медицине – для успокоения, например после инфаркта.

Побочные действия и осложнения. Переносимость транквилизаторов в целом хорошая. Нижеследующие побочные явления, если они вообще воз-

никают, имеют малую выраженность: утомляемость, вплоть до сонливости, головокружения, атаксии, дизартрии, нарушения сексуальных функций; реже – повышение аппетита и массы тела, желудочно-кишечные расстройства, отеки и аллергические кожные реакции, общая мышечная слабость, особенно диплопия. При хроническом употреблении или при однократной передозировке (например, при суицидальной попытке) могут возникнуть делириозные психозы.

Отравления транквилизаторами не так безобидны, как это часто представляется. При этом следует отметить, что транквилизаторы содержатся во многих болеутоляющих и снотворных комбинированных препаратах. Терапия соответствует общим принципам лечения отравлений. Специфическим *антагонистом* является флумазенил (анексат внутривенно), который обратимо блокирует бензодиазепиновые рецепторы.

Возможность вождения транспорта при употреблении транквилизаторов снижена. При миастении транквилизаторы противопоказаны. Перед электросудорожным лечением они должны исключаться. *Тератогенные действия* не определяются, и все же беременным женщинам надо соблюдать осторожность. Следует также помнить, что бензодиазепины переходят в женское молоко; у грудных детей наблюдаются интоксикации и симптомы абстиненции.

Зависимость. Многочисленные наблюдения не оставляют сомнений, что бензодиазепины вызывают развитие физической зависимости. Она сравнительно редко встречается, если учесть количество людей, принимающих эти препараты. Опасность наркоманий меньше, чем при употреблении снотворных, но ее нельзя недооценивать. Значительное повышение доз редко проходит без признаков привыкания, даже после длительного, но регулярного приема малых доз (зависимость от малых доз) возникают признаки абстиненции: слабость и головокружение, расстройства сна и беспокойство, дрожь и боли в мышцах, нередко страхи; после больших доз состояния абстиненции такие же, как у снотворных. Отмена препарата должна быть постепенной из-за опасности судорожных состояний. Многие симптомы абстиненции могут развиться даже спустя неделю после отмены.

Транквилизаторы поэтому совсем не безобидные медикаменты. Проблемы создаются не при случайном и нерегулярном приеме, а при длительных назначениях и способе употребления, создающем зависимость. Предписание транквилизаторов не должно заменять психотерапию. Но там, где показано лечение транквилизаторами, его нельзя откладывать. Бензодиазепины нередко можно заменять антидепрессантами или нейролептиками, обладающими большим или меньшим транквилизирующим действием. Алкоголь в этом отношении малопригоден. Очень полезной может быть фитотерапия.

Блокаторы β-рецепторов (β-блокаторы) – это антагонисты катехоламинов – адреналина и норадреналина, так как при сходной химической струк-

туре по принципу конкурирования они обратимо блокируют β-рецепторы в симпатической системе. Поскольку таким путем редуцируются психосоматические проявления страха, β-блокаторы применяются как *анксиолитики*. Показаниями являются в основном сердечные жалобы, кардиофобии и тревожно-невротические синдромы, фобии публичных выступлений и экзаменационные страхи. По сравнению с транквилизаторами они предпочтительнее, поскольку не нарушают психических функций (только немного ослабляют мышечную деятельность) и не приводят к привыканию. И все же следует взвесить, назначать ли психотерапию или фармакологические средства.

Шизофреническая симптоматика под действием блокаторов β-рецепторов не улучшается. При маниях они действуют слегка седативно. При меланхолиях и других депрессиях хотя и не могут повлиять на депрессивность (скорее они ведут к депрессивности), но могут ослабить ажитацию и страхи, и к тому же ослабляют вегетативные симптомы и вегетативные побочные эффекты антидепрессантов. Надежно редуцируют вызванный солями лития тремор и акатизию, обусловленную нейролептиками. Для этих психиатрических показаний назначают пропранолол (доцитон), окспренолол (трасикор), пиндолол (вискен).

К лечению расстройств сна. Транквилизаторы во многих случаях применяют как снотворные средства. Расстройства сна часто ведут к зависимости от транквилизаторов. Поэтому их предписание должно быть в каждом конкретном случае тщательно продумано, и лечение снотворными должно быть вообще осторожно спланировано.

Вначале надо выяснить вид и причины расстройства сна. Расстройства засыпания часто обусловлены нагрузками и конфликтной напряженностью. Во второй половине ночи они часто обусловлены депрессией. При органических нарушениях мозга нередко вообще нарушен ритм сна и бодрствования. Старческие больные с альгеймеровской или сосудистой деменцией реагируют на снотворные средства недостаточно или даже парадоксально — бессонницей и беспокойством; меры по регуляции кровообращения и улучшению мозгового кровотока помогают в этих случаях лучше, чем снотворные средства. Если психотический больной принимает нейролептики или антидепрессанты, этого бывает достаточно для регуляции сна. Седативное действие ряда нейролептиков может быть полезно для лечения расстройств сна без риска привыкания.

И все же предписание снотворных надо понимать как часть общего плана лечения, включающего советы, образ жизни, дневной ритм, психотерапию, регулярную физиотерапию и медицинское лечение. Медикаменты нужны не всегда, поскольку они (за редким исключением) не столько служат тому, чтобы увеличить количество часов сна, сколько тому, чтобы избавить от тягостных часов бессонницы.

К выбору средств: все еще бытует неправильное представление, что снотворные безвредны, если они не содержат барбитуратов и брома. Осторожность необходима при всех гипнотических средствах хотя бы из-за такого необычного эффекта, как риск привыкания. Это относится и к транквилизаторам. Клометиазол (дистранейрин), применяемый при алкогольном делирии, нельзя назначать как снотворное из-за риска привыкания (исключение составляют лишь гериатрические больные).

Альтернативой традиционным снотворным средствам являются относительно хорошо переносимый хлоралгидрат (хлоралдурат, 2 раза по 4 капсулы 0,25 г) и особенно *растительные седативные вещества (фитотерапия)*. Они содержатся, например, в хмеле, валериане, мелиссе, листьях смородины и применяются (под разными названиями) в каплях, драже или в «нервном чае». Необходимо учитывать, что в формах капель средство готовиться на алкоголе. При легких расстройствах сна фитотерапии часто бывает достаточно, да и днем она может снимать «нервность». Препарат из листьев смородины («Психотонин», «Ярсин») хорошо использовать при расстройствах настроения, Кава-Кава («Антарес») — при тревоге.

Терапия бодрствованием (антидепрессивное лишение сна)

Лишение сна может провоцировать заболевания, например вызвать шизофреническую манифестацию и эпилептические припадки. При депрессивном синдроме, наоборот, лишение сна действует терапевтически, особенно при меланхолии. Такое антидепрессивное лечение развилось не из фундаментальных исследований, а обнаружено эмпирически. Многочисленные наблюдения свидетельствуют, что *предписанное* лишение сна *регулярно* вызывает редукцию симптомов. «Хороший» сон наступает быстрее, еще при преходящих усилениях депрессивной симптоматики.

Проведение. Лишение сна проводится ночью и может повторяться (через 5—7 дней). Частичное лишение сна во второй половине ночи (пробуждение в полвторого ночи) терапевтически благоприятнее, чем полное лишение сна на всю ночь; бодрствование в первую половину ночи менее благоприятно. (Еще один вариант заключается в избирательном выключении REM-фазы сна на несколько недель, но этот метод сложен в практическом применении.)

Терапия пробуждением во второй половине ночи не только наиболее эффективная, но и ее очень легко проводить. Она скорее принимается больным, идет навстречу его потребности устранять депрессивную симптоматику путем сна по вечерам. Бодрствование переносится депрессивными больными легче, чем они вначале считают, и легче, чем здоровыми. В клинике бодрствуют лучше всего несколько больных вместе, причем оказываются пригодными разные занятия (общие игры, гимнастика, прогулки и даже еда). Следующий день больной проводит как обычно. Он не должен спать днем и в следующую ночь спать как обычно.

Показания — в основном меланхолии, а также депрессивные синдромы при шизофрении. При невротических и реактивных депрессиях терапевтический эффект меньше выражен и менее стоек. Прогностически значимы тяжесть депрессии, витальная симптоматика и типичные дневные колебания настроения.

Результаты. Улучшение начинается в основном в ранние утренние часы (вместо частого ухудшения по утрам) или в течение дня, редко на следующий день. Эффект бывает разной длительности, иногда только один день, чаще около недели; далее показаны повторения. В некоторых случаях провоцируются колебания, даже выраженное усиление депрессивной симптоматики, что прогностически оценивается благоприятно.

В редких случаях меланхолическая симптоматика полностью и стойко исчезает. К этим выздоровлениям следует причислить и редкие случаи провокаций перехода к гипоманиакальным и даже маниакальным колебаниям настроения. Абсолютно неэффективным остается лечение у 10—20 % больных меланхолией. Ухудшений практически не бывает. В среднем же редукция симптоматики в день после прерывания сна (по сравнению с предыдущим днем) составляет 20—35 %.

Лечение практически не вызывает *побочных явлений. Механизм действия*, несмотря на многочисленные интенсивные исследования, до сих пор не известен. Не ясно, имеются ли связи с циркадным ритмом (суточные колебания).

Это простая, физиологически действующая и безопасная терапия, которая рассматривается как альтернатива электросудорожной терапии, имеет возможность значительно обогатить лечение депрессий. Благоприятные результаты достигаются благодаря периодическому применению (примерно 1 раз в неделю) и комбинации с антидепрессивными медикаментами (см. рис. 26). Эти приемы и составляют современное лечение меланхолии.

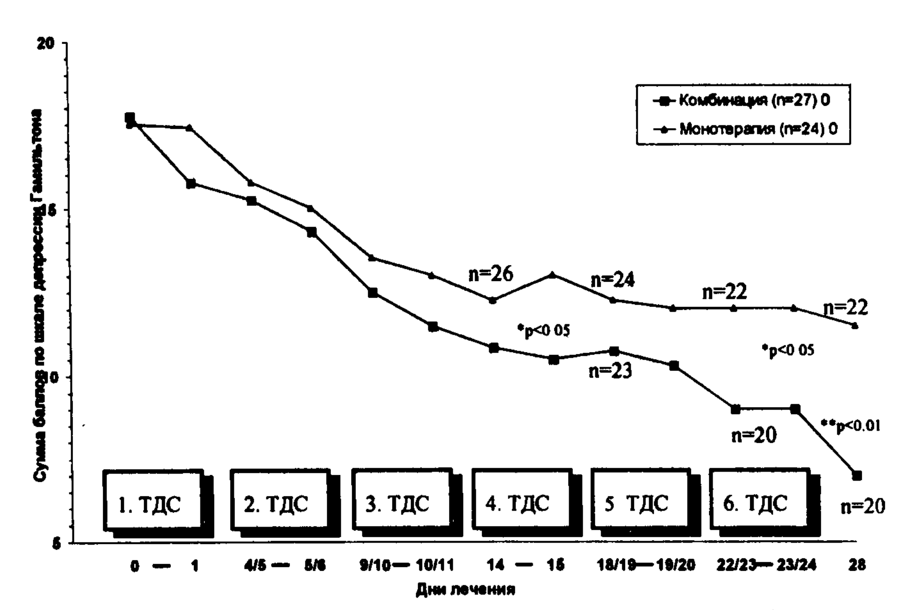


Рис. 26. Сравнение антидепрессивного лечения, проводимого чисто фармакотерапевтически (амитриптилин; монотерапия), и в *комбинации* амитриптилина с периодической терапией депривацией сна (ТДС). Комбинированное лечение является достоверно более эффективным (по Кухс и Тёлле, 1996)

Электросудорожная терапия

Показания. Электросудорожная терапия (ЭСТ), которая заключается в вызывании эпилептического припадка электрическим разрядом, наряду с психофармакологическими средствами имеет обоснованную область применения при психозах: при тяжелых и резистентных к терапии меланхолиях (и реже маниях), и в особенности при злокачественных кататониях и других рефрактерных к терапии шизофрениях. В целом при этих синдромах вначале проводится фармакотерапия, а при ее неудаче — электросудорожная терапия. Если же при предыдущих приступах больные проявляли фармакологическую рефрактерность и хорошо реагировали на судорожную терапию, при рецидивах можно с нее и начинать. Лечение ЭСТ эффективно в 70—80 % случаев. Нередко судорожная терапия — это мероприятие, спасающее жизнь. Электросудорожная терапия должна учитываться в общем терапевтическом плане.

Противопоказаниями являются повышенное внутричерепное давление и тяжелые заболевания сердца (особенно нарушения проводимости). При общесоматических заболеваниях, особенно болезнях сердца, легких и сосудистой системы, показания определяются вместе с интернистами. При повышенном артериальном давлении предварительно необходимо добиться его нормализации. При водителе сердечного ритма, беременности, в позднем возрасте судорожная терапия также возможна.

Согласие. Важно обстоятельно информировать больного о характере и объеме лечения. Правильно информированный больной не испытывает страха перед лечением или не больше, чем перед другими видами лечения, и, не сомневаясь, соглашается на повторные сеансы. Разъяснения для согласия больного отмечаются в истории болезни. И в отношении наркоза больного необходимо информировать, и он должен дать согласие на исполнение анестезиологом своих обязанностей. Если больной в силу психического состояния не способен правильно оценить необходимость лечения и согласиться на него, можно применить правовое попечительство. Только при угрожающих жизни состояниях предпринимается немедленное лечение.

Предварительное обследование: рентген грудной клетки и (у больных свыше 60 лет) рентген шейного и грудного отделов позвоночника; ЭКГ и электролиты сыворотки крови, мочевина, трансаминазы, сахар крови. Определяются АД, частота пульса, обмен глюкозы, наличие глаукомы. Определяется лево- и праворукость.

Премедикация и наркоз. В предшествующие лечению часы не дают никаких медикаментов, особенно транквилизаторов и снотворных (из-за влияния на порог судорожной готовности). При лечении литием возможно проводить ЭСТ при концентрации в крови ниже 0,4 ммоль/л. Непосредственно перед сеансом дают 0,5 мг атропина внутривенно, анестезиолог делает краткий наркоз с помощью метогекситала (бревимитал, около 0,7 мг/кг массы тела) и мышечную релаксацию суксаметониумхлоридом (сукцинил, 0,5 – 0,8 мг/кг массы тела). Отклонения от этих доз должны быть обсуждены между психиатром и анестезиологом. Интубация не обязательна, но возможна. Тубус языка, чтобы освободить верхние дыхательные пути. Резиновый валик между зубами, чтобы избежать прикуса языка и повреждения зубов.

Техника. Имеются разнообразные приборы с различными техническими характеристиками. Современные аппараты работают на основе короткоимпульсной технологии (преобладают синусоволновые приборы). Длительность протекания и сила тока при необходимости подбираются так, чтобы достичь расчетной длительности судорожного периода (25 с двигательной активации, 30 с судорожной активации по ЭЭГ). После окончания припадка стимуляцию возобновляют. Стимуляция обычно унилатеральная, проводится при помощи двух электродов, расположенных на недоминантном полушарии (парасагиттально и темпорально).

Завершение и наблюдение. Во время подачи тока сначала возникают инициальные подергивания конечностей, а затем (после паузы в несколько секунд) разворачивается собственно судорожный припадок. Время до наступления судорожного припадка и длительность судорог (см. выше) протоколируется, в том числе под ЭЭГ контролем. Для терапевтического эффекта решающим является появление очевидного, хотя и ослабленного судорожного припадка; это достигается как премедикацией, так и использованием соответствующих электротехнических средств, что необходимо учитывать при последующем лечении.

После короткого наркоза пациент находится в бодрствующем состоянии, хотя зачастую чувствует себя разбитым. Помимо всего прочего, он может быть дезориентирован. Поэтому по меньшей мере в течение сеанса кто-то обязательно должен при нем находиться. После этого он может проводить день как обычно.

Проведение курса лечения. Судорожные припадки длятся с промежутками два дня (но также с более короткими и более длительными интервалами). В большинстве случаев необходимо 6–10 сеансов. На все это время лекарственное лечение прерывается. Однако комбинация ЭСТ с нейролептиками или антидепрессантами возможна. Бензодиазепины по возможности следует отменить непосредственно перед ЭСТ, так как они обладают противосудорожным действием.

Побочные эффекты. ЭСТ – не такое тяжелое вмешательство, как долгое время считалось. Риск приравнивается к риску наркоза. У части больных возникают легкие обратимые расстройства когнитивных функций. Иногда бывает выраженная преходящая слабость, которая может находиться в связи с депрессией. Редко отмечается ретроградная и еще реже антероградная амнезия, распространяющаяся на период от нескольких дней до нескольких недель; она обратима. Проявлений расстройств памяти при использовании современных технических средств (см. выше) практически не бывает. Принятие этого метода больными и их родственниками достаточно высокое; страх перед лечением отмечается редко.

Механизм действия в деталях неизвестен. Развернутый припадок является непременным условием успеха. Однако до сих пор остается неясным, сам ли судорожный припадок или предполагаемый ингибиционный ответ головного мозга оказывает терапевтическое действие. Нейротрансмиттерные изменения обсуждаются как гипотеза. Судорожное лечение действует, как и другие антидепрессивные методики, уменьшением REM-фазы сна, хотя ее значение для механизмов действия неизвестно. Психопатологическая интерпретация показывает, что судорожная терапия лишает почвы любую психопатологическую симптоматику и, таким образом, обусловливает «бессилие» психоза.

Инсулинотерапия

С тех пор как был открыт инсулин, он используется как психофармакологическое средство. В психиатрии лечение инсулиновыми комами (появившееся в 1935 г.) почти 20 лет являлось главным средством соматической терапии. С появлением нейролептиков оно стало ненужным, потому что нейролептики не менее эффективно действуют в острой стадии, они проще в применении и риск лечения значительно меньше; проведение лечения инсулиновыми комами и эффект от них ограничены во времени.

С другой стороны, при *подпороговом гипогликемическом лечении* (субкоматозное лечение, *малый курс инсулина*) используют очень малые дозы инсулина и избегают инсулиновых ком.

Показания: психовегетативные состояния истощения и упадка, тяжелые депрессивные (и другие) неврозы, упорные меланхолии и труднодоступные подострые шизофренические синдромы, а также терапевтическая резистентность.

Проведение: накануне вечером после ужина больной не должен больше употреблять ничего, содержащего калории. Утром между 7 и 8 часами больной получает маленькую дозу инсулина (вначале 8 МЕ, медленно повышая дозу до 40 МЕ или более). Во время слабовыраженной гипогликемии могут проявляться усталость и легкие вегетативные явления. Спустя примерно полтора часа гипогликемию прерывают питьем стакана воды с глюкозой (кроме больных с резекцией желудка) и приемом обильного завтрака (иногда инъекции 0,5–1,0 мл глюкагона). Затем больной проводит свой день в клинике как обычно. Лечение проводится ежедневно (без выходных), в течение 4—6 недель.

Лечение для физически здоровых людей совершенно безопасно (перед лечением проводят тест с сахарной нагрузкой). Механизм действия видится в вегетативной и психической перестройке, точнее не определяющихся. При этом самым важным являются переживание впечатляющего метода лечения, забота и врачебное внимание и психотерапевтическое воздействие. Во время лечения инсулином нарастает масса тела, что положительно воспринимается больным с недостаточной массой, и отрицательно – лицами с избыточной массой.

Малый курс инсулина практикуется сейчас лишь в немногих лечебных заведениях. Хотя круг показаний сужается из-за введения психофармакологических средств, все же малый курс инсулина полезен как альтернативное лечение: при терапевтической резистентности психических расстройств примерно в 3/4 случаев в лечении отмечается сдвиг в сторону существенного улучшения.

Физиотерапия (физикальная терапия)

Физиотерапия (лечение натуральными средствами) – это лечение средствами природы. Естественные саморегулирующие силы организма должны активизироваться. Физикальная терапия работает по тем же методам, но отличается по теоретическим позициям: применение физической энергии для лечения болезней; она присоединяется к химической (медикаментозной) терапии в контексте естественнонаучно-ориентированной медициной, тогда как физиотерапия многими понимается как альтернатива рутинной медицине и отчасти определяется идеологическими установками.

Однако на практике показания и польза проведения неоспоримы. В психиатрии применяются двигательная терапия и гидротерапия: гимнастика, ритмическая гимнастика под музыку, игра в мяч, другие спортивные занятия, танцы, езда на велосипеде, медицинские ванны, плавание (в том числе курсы для не умею-

щих плавать), массаж, бандажный массаж, подводный массаж. Больной воспринимает это как свое добровольное дело, поскольку в основном речь идет о «нормальных» процедурах, которые здоровые принимают для профилактики.

Цель этого лечения – вегетативная регуляция (например, при психовегетативном синдроме, состояниях истощения и меланхолии), физический отдых и психосоматическая автоматизация, самоутверждение путем действий и ободрения, а также общность участия в группе, изучение неординарного образа жизни и заполнение свободного времени. Физиотерапия, которая нацелена на соматические переживания, — это как психосоматическое, так и соматопсихическое лечение.

Светотерапия. Хронобиологические данные о влиянии яркого света на циркадные ритмы терапевтически оформились в светотерапию (фототерапию).

Технические средства: прибор выглядит как трубчатая лампа, позади которой расположена отражательная пластина; перед ней находится пластиковый экран, который рассеивает ненужный блеск. Прибор ставится на стол на уровне глаз, на расстоянии 30—50 см. Яркость света, попадающего в глаза, составляет 2500—3000 люксов, приблизительно соответствуя освещенности в яркий солнечный день и в 5 раз сильнее, чем обычное комнатное освещение. В этой методике, помимо «яркого света», имеется и «тусклый свет» с яркостью в 50 люксов. Время лечения: от получаса до 2 часов ежедневно (с 8 утра или, по данным разных авторов, в любое время дня), в течение хотя бы одной или нескольких недель.

Показаниями являются так называемые сезонные или атипичные депрессии, протекающие при использовании этого метода краткосрочно с благоприятными последствиями (в 60 % случаев). При других депрессивных синдромах эффект не достоверен. Противопоказаний не существует; при заболеваниях глаз необходимо соблюдать осторожность.

Рекомендуется *комбинирование* с антидепрессивными препаратами (например, литием). Антидепрессивный эффект от терапии депривацией сна при одновременном проведении светотерапии, по-видимому, не возрастает.

Механизм действия неясен; вероятно, свет, попадая на фоторецепторы сетчатки, воздействует на nucleus suprachiasmaticus и, возможно, влияет на обмен мелатонина.

УРГЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ И КРИЗИСНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Психиатрические кризисные вмешательства и ургентная терапия здесь будут описаны кратко и с практическим аспектом.

Страх. Острые тяжелые состояния страха, которые могут встретиться при разных психических заболеваниях,– это драматические состояния. Первые мероприятия – разговор с больным, к тому же нужны психофармакологические средства. Рассмотрим наиболее частые случаи страха.

Состояния	*Срочные меры*
Острые неврозы страха и кардиофобии	Присутствие врача! Дача валиума 10 мг внутримышечно
Ажитированная депрессия и страх как побочное действие антидепрессантов	Стангил 3 раза по 1—2 драже по 25 мг (при известном диагнозе и премедикации) или валиум 10 мг перорально или внутримышечно
Шизофрения	Галдол 5 мг перорально или внутримышечно (если диагноз и премедикация известны) или валиум 10 мг перорально или внутримышечно
Состояние ужаса после приема наркотиков	Валиум 10 мг внутримышечно, если врачебный разговор не успокаивает больного

Психиатрический стационар показан во всех неясных и тяжелых случаях.

Опасность суицида. Поскольку суицид и попытки суицида описаны в самостоятельной главе, так же как распознавание суицидальных тенденций и превентивные меры, здесь необходимо кратко остановиться на терапевтических мерах в кризисной ситуации, когда *опасаются* суицидальных действий.

При открыто высказывающихся суицидальных намерениях и при подозрении на суицидальность необходим настойчивый врачебный разговор. Врач не должен опасаться расспросить больного целенаправленно о его намерениях. Он не должен порывать связь с суицидальным пациентом. Лучшая защита от реализации суицидальных намерений состоит в прочных межчеловеческих связях и в выполнении долга врача по отношению к больному и его родственникам. Для многих людей знание врача о тайных намерениях больного означает перестраховку.

Больше риска бывает тогда, когда разговор врача о предполагаемых суицидальных тенденциях не состоится. При однозначных и упорных суицидальных намерениях бывает неизбежным помещение пациента в психиатрический стационар, заручившись при необходимости официальным заключением. Однако часто бывает достаточно амбулаторного лечения домашним врачом, психиатром или попечительским учреждением.

Психофармакологические средства не могут повлиять на суицидальные намерения, хотя в трудной ситуации они успокаивают и смягчают больного, тем самым задерживая суицидальные действия. Кроме транквилизаторов, показаны седативные нейролептики. Но нужно предписывать только малые дозы.

Состояния возбуждения. Возбуждение возникает у психически больных по разным причинам и при различных болезненных состояниях. Состояние тяжелого двигательного возбуждения вредит больному и его окружению. При высокой степени агрессивности может понадобиться много помощников. Пациент должен лечиться в стационаре, как правило, в психиатрической больнице и, если необходимо, без его согласия.

Даже у возбужденного больного врач должен добиться понимания. Выбор седативного средства зависит от основного заболевания, в сомнительных случаях показан валиум или галдол. Детали описываются при следующих состояниях возбуждения.

Причины	*Срочная терапия*
Алкоголь и фармакологические средства (в том числе и отвыкание)	Валиум 10 мг внутримышечно
Мании, шизофрении	Галдол 5–10 мг внутримышечно (при известном диагнозе и премедикации)
Церебральные расстройства кровообращения	Валиум 5–10 мг энтерально или внутримышечно или галдол 2–4 мг энтерально или внутримышечно
Черепно-мозговая травма (контузионный психоз)	Галдол 5 мг внутримышечно или валиум 10 мг внутримышечно
Другие мозговые и общие заболевания	По возможности немного психофармакологических средств, галдол в малых дозах (см. выше)
Эпилепсия	Валиум 10 мг (или больше) внутримышечно
Психореактивные состояния возбуждения	Валиум 10 мг энтерально или парентерально, внутримышечно или внутривенно

Ни в коем случае нельзя назначать опиаты или какие-нибудь оглушающие средства. Стационарное лечение должно соответствовать диагнозу (если он известен): интенсивная терапия в терапевтическом отделении больницы.

Делирий. Ургентную помощь необходимо проводить при делириозном синдроме, возникающем при алкоголизме и по другим причинам, из-за двигательного возбуждения. Средство выбора — дистранейрин (при дистранейриновой зависимости — галоперидол). Детали лечения описаны в главе об алкоголизме. Особое внимание необходимо обращать на поражение системы кровообращения.

Ступор. Не только возбуждение психически больного, но и психомоторно противоположный ему синдром ступора может стать предметом ургентной помощи. Больной чрезмерно заторможен, любое внешнее проявление блокировано, но он, как правило, в полном бодрствовании и очень чувствителен к внешним влияниям. Основное заболевание — наиболее часто шизофрения, реже меланхолии, иногда энцефалиты.

Во всех случаях необходимо лечение в психиатрическом стационаре. Детали фармакотерапии обсуждены ранее.

Спутанность. Мышление и поведение больного спутанны при многих психических заболеваниях, чаще всего при старческой деменции, а также при заболеваниях обмена веществ, после мозговых травм, вследствие действия психофармакологических веществ (например, антихолинергических препаратов) или после резкой отмены (снотворных, алкоголя). Состояния спутанности — это самый частый синдром подобных органических психозов.

Другие расстройства мышления, такие как разорванность при шизофрении или скачка идей у маниакальных больных, психиатрам бывает трудно отличить от спутанности. В выраженных случаях необходимо лечение в стационаре, чтобы защитить больного. Лечение должно быть направлено на основное заболевание. Психофармакологические средства следует применять с осторожностью.

Ограничения сознания. Сознание может нарушаться различным образом. В основе состояний спутанности, делирия (см. выше) и при сумеречных состояниях лежат расстройства сознания. Здесь же речь идет об ограничениях бодрствования (ясность сознания). По степени тяжести различают сомноленцию (сонливость) и кому (отсутствие сознания). Эти ограничения сознания происходят вследствие разных соматических заболеваний, по-

этому больные чаще лечатся в терапевтических или (после травмы) в хирургических, чем в психиатрических отделениях.

Ургентная помощь при действии психофармакологических препаратов. Речь идет о побочных действиях при терапевтических дозировках, но чаще об интоксикациях. Общая терапия интоксикаций здесь не описывается, поскольку она сегодня обычно проводится не в психиатрических, а в терапевтических отделениях интенсивной терапии. Особенности отравлений психофармакологическими средствами описаны кратко.

Антидепрессанты. При отравлении *трициклическими антидепрессантами* встречаются уже описанные вегетативные побочные явления в крайней степени выраженности. После принятия большой дозы (а у детей и небольшой) возникают серьезные осложнения: сильное падение АД, нарушения сердечного ритма, тонико-клонические мышечные судороги, вплоть до судорожного припадка и эпилептического статуса, бессознательное состояние или делириозный синдром, мочевая или кишечная атония. Эти антихолинергические кризы также необходимо лечить наряду с общими приемами дезинтоксикационной терапии ингибиторами холинэстеразы.

Ингибиторы МАО могут вызвать осложнения не только из-за передозировки, но и в результате их несовместимости с другими медикаментами или пищевыми продуктами: подъем или падение АД, лихорадка, беспокойство, галлюцинации, судороги в мышцах и судорожные припадки. Антидотом является α-блокатор, такой как фентоламин (регитин).

Литиевые интоксикации уже описаны.

Нейролептики. Фенотиазины и бутирофеноны относительно хорошо переносятся и малотоксичны. После больших доз могут наступить выраженный экстрапирамидно-двигательный эффект, падение АД, тахикардия и аритмия, гипотермия (или гипертермия), редко центральные нарушения дыхания. При отравлении антихолинергически действующими нейролептиками, как и при отравлении трициклическими антидепрессантами, антидотом может быть физостигмин. Уже при терапевтических дозировках могут развиться инициальные экстрапирамидные дистонии (дискинезии, особенно в форме судорог языка и глотки, тортиколлис), которые хотя и не опасны, но действуют устрашающе. Они легко устраняются ампулой акинетона внутривенно.

Транквилизаторы. Проявления отравления бензодиазепинами сходны с известными симптомами отравления барбитуратами и

другими снотворными средствами, но выражены слабее. Смертельные исходы после оральной бензодиазепиновой интоксикации до сих пор не наблюдались.

Смешанные интоксикации встречаются чаще, они отражают повышение риска суицидальных действий. Встречаются серьезные осложнения, в том числе припадки и психозы. Чтобы выявить, что именно было принято и в какой дозе и соответственно назначить терапию, в отделениях интенсивной терапии вводят новые качественные и количественные анализы.

Если сегодня по праву требуется лечение каждого серьезного осложнения в терапевтическом отделении интенсивной терапии, то следует одновременно подчеркнуть, что после выхода из суицидального отравления в каждом случае надо привлекать психиатра.

Ургентная помощь при отравлениях наркотиками. *Оглушающие наркотики* вызывают возбуждение, страх, панику, ужас, «вспышки воспоминаний»; полезны успокаивающий разговор, «спускающий на тормозах», иногда транквилизаторы (например, валиум 10 мг).

Летучие эфиры: как и выше, при нарушениях сердечного ритма – β-блокаторы (например, доцитон).

Кокаин: при выраженной психотической симптоматике – нейролептики.

Психостимуляторы: поскольку часто принимаются одновременно другие средства, особенно успокаивающие, медикаментозное их лечение затруднительно; в сомнительных случаях показано стационарное лечение.

Опиоиды: при острых отравлениях – интенсивная терапия.

Кризисы. Кроме ургентных случаев существуют и иные кризисные ситуации. В психиатрическом смысле говорят о *кризисе*, если жизненная ситуация изменяется, особенно если встречаются такие трудности, которые человек с его опытом и методами не может преодолеть и впадает в состояние общей лабильности (Каплан). В тяжелых случаях кризис вызывает беспомощность и бездеятельность, чувство парализованности и страха, а также вегетативные расстройства и нарушения поведения. Подобное состояние может наблюдаться и у родственников.

Как и в общемедицинском смысле, понятие кризиса несет и нечто положительное: шанс поворота к лучшему, к преодолению и прогрессу. Суицидальная ситуация – только один из примеров тому. Кризисное вмешательство состоит в основном из психотерапии, которая специально направлена на эту острую ситуацию.

Помощь в преодолении кризиса, конечно, оказывают не только психиатры и другие врачи, но и разные службы (например, психологи, социальные работники).

Экскурс: принудительные мероприятия. Несвобода и принуждение происходят больше от болезни, чем от проблем лечения; если болезнь правильно диагностирована, терапевтические мероприятия и пребывание в больнице для больного означают дальнейшие ограничения. Принудительные мероприятия, проводимые вопреки выраженному нежеланию больного, раньше были часты, а в современной психиатрии благодаря выросшим терапевтическим возможностям встречаются значительно реже и постепенно число их снижается. Но и сегодня возникают ситуации, в которых необходимы кратковременные средства принуждения, а именно когда пациент по болезненным мотивам не понимает необходимости лечения.

При некоторых заболеваниях описываются ситуации, в которых осуществляется *принудительное помещение* в психиатрический стационар закрытого типа. Правовым решением в таких случаях является решение суда (законы о стационировании сформулированы в основном с ориентацией на пациента). Терапевтически решающим фактором, в том числе в ретроспективном суждении самого больного, меньше является закрытая дверь, а больше то, что находится за этой закрытой дверью — попечение, уход и лечение. Даже в обстановке судебного стационирования лечение пациента возможно и в большинстве случаев эффективно (даже в крайних случаях принудительного лечения). И все же цель психиатра — избежать принудительного стационирования, что достигается терпеливой беседой с пациентом (который в этих условиях может дать согласие) и доброй совместной работой с родственниками и иными участниками данных событий.

К *насильственному лечению* прибегают редко. Изоляцию давно не применяют (нет уже и камер), а механическую фиксацию в психиатрических больницах — очень редко и на короткое время (в других отраслях медицины она вообще не нужна).

Более важной, но ни в коем случае не частой проблемой является *принудительная медикация.* Что должен делать врач, если психотический пациент отвергает прием столь нужного ему медикамента? Что нужно предпочесть — пользу лечения или желание больного? Однозначных правовых решений в подобных случаях нет. Врачебное же решение бывает трудным. Чаще все же удается уговорить больного. В других случаях приходится ждать изменения мнения больного. Успешное лечение должно быть в интересах самого больного; мы обязаны (не только в интересах родственников и общества) оказывать помощь и тогда, когда больной вследствие особенностей своей болезни не понимает необходимости лечения.

ПРОФИЛАКТИКА

Мероприятия по предупреждению (профилактика), лечению (терапия) и последующей заботе (реабилитация) сосредотачиваются в психиатрии. Они образуют не столько цепь, сколько круг. Так, последующая забота может оказаться заботой по предупре-

ждению как возобновления заболевания, так и его хронификации. Предупреждение в психиатрии — это не отрезок лечения, а скорее принцип, который пронизывает все лечебные мероприятия.

Различают три вида психиатрической профилактики. *Первичная* профилактика преследует цель предотвратить патологическое развитие личности и самого заболевания; там, где возможна первичная профилактика, частота заболеваний уменьшается. *Вторичная* профилактика встречается с уже развившимся заболеванием, и она использует все возможности, чтобы сократить его длительность, устранить рецидивы и по возможности ослабить проявления болезни. *Третичная* профилактика — это защита от возобновления болезни. Практически эти три вида профилактики переходят друг в друга. Путем акцентирования внимания на профилактических мерах психиатрическая деятельность, кроме стационарного и амбулаторного лечения, охватывает и предшествующий заболеванию отрезок времени и длительное последующее попечение.

Соответственным образом проводятся профилактические мероприятия у каждого отдельного больного. Здесь необходимо дать обзор возможностей психиатрической профилактики.

По времени вмешательства вначале стоит *генетическая профилактика* (особенно при психических задержках и психозах), затем предохранение от *ранних повреждений мозга,* которые также могут принимать участие в развитии неврозов и психозов у детей и у взрослых. Кроме того, психосоциальные условия в раннем детстве также имеют большое значение в профилактически-психиатрическом аспекте.

Все же не у каждого ребенка встречаются серьезные конфликты или серьезные трудности, например сексуальные злоупотребления, но в *развитии* многих детей наступает ситуация, когда им нужен профессиональный совет. Ложной надо считать позицию, что эти трудности дети должны разрешать сами и «перерастать». Поэтому и родители и дети не должны бояться помощи в виде собеседования, чтобы быстрее и легче преодолеть кризис. Возможности давать советы родителями и воспитателями до сих пор используются мало. Кроме семьи, современная превентивная психиатрия использует жизненные условия, школу, высшую школу и иные места обучения.

Планирование семьи. Дальнейшая область деятельности в профилактике возникает в планировании семьи и контроле рождаемости. Поскольку факторы семейной структуры доступны планированию (количество детей, промежутки между родами, в какой-то мере возраст родителей ко времени рождения детей), они дают возможность профилактики. Регулирование родов может рассматриваться и в этом аспекте не только в предохранении от родов. Другие факторы семейной структуры, хотя и недоступны планированию, заслуживают педагогически-психиатрических советов. *Контроль рождаемости* при помощи употребления средств, подавляющих овуляцию, и других контрацептивных процедур могут вызывать эмоциональные сдвиги, вплоть до степени психических нарушений, которые можно скорректировать своевременным советом.

Часто возникают проблемы в связи с многоплодной беременностью (при одновременной тенденции к снижению принятия ребенка). Например, когда один (ожидаемый) ребенок нежелателен, неожиданно может быть констатирована беременность близнецами или тройней, что приводит к глубоким конфликтам, а также к вопросу о прерывании беременности, разрешением которого психиатры обычно не занимаются.

Функциональные тягостные ощущения (например, головные боли, сердечные сенсации, желудочно-кишечные неприятные ощущения) могут быть не только симптомами различных психических заболеваний, но встречаются и у здоровых. Здоровье — это не абсолютно хорошее самочувствие. ВОЗ неправильно определяет здоровье как абсолютно благополучное существование и полностью хорошее самочувствие. Определенная часть неприятных ощущений (без органической основы) физиологична. Это компенсированное психофизиологическое расположение духа может декомпенсироваться при стрессах и конфликтах; неприятные ощущения могут нарастать и в условиях кризиса самооценки воспринимаются как проявление болезни. В этих условиях важно не увлечься гипердиагностикой, односторонним соматическим лечением, что поддержит убежденность в наличии болезни. Гораздо важнее озабоченному человеку прийти со своими проблемами и конфликтами на врачебную беседу, отрегулировать свой образ жизни и этим способствовать утрате значимости своих ощущений как проявлению болезни и восстановлению беспристрастности в их оценке.

Другой пример превентивно ориентированных мероприятий является — лечение *реакций горя*, прежде чем они благодаря описанным психодинамическим факторам достигнут степени болезни.

Профилактика *неврозов* должна, как уже сказано, начинаться в детстве. Когда же невроз начинает манифестировать, следует сделать разумный выбор психотерапевтических подходов, но при этом предотвращать неадекватное медицинское и психологическое лечение. В поздних периодах жизни нужно обращать внимание на последствия значительных событий и глубоких переживаний (жизненный опыт). Быстрая квалифицированная помощь может защитить от нового и серьезного возобновления болезни.

Это задача *вмешательства при кризисах*. Но и сами кризисы должны профилактически сдерживаться, а благодаря своевременному вмешательству можно предотвратить патологическое развитие и болезнь. Пример тому — предотвращение *суицидальных действий*. Лечение кризисов должно проводиться в специ-

альных учреждениях (клиники кризисных вмешательств), в амбулаториях ургентной помощи или психиатрических клиниках (службы постоянной готовности), а также по телефонам доверия и в сходных заведениях.

Для предупреждения риска *функциональных сексуальных нарушений* и развития патологического сексуального поведения служат разъяснительные учреждения (первичная профилактика). При сексуальных девиациях и делинквенциях вторичная профилактика сдерживает дальнейшее их развитие; для профилактики рецидивов необходимы фармакотерапевтические и психотерапевтические воздействия.

Важна профилактика развития *зависимости* (алкоголизм, медикаментозная и наркотическая зависимость, курение и азартные игры).

При *шизофренических психозах* лечение нейролептиками действует как вторичная профилактика, а при пролонгированной терапии – как третичная профилактика, особенно ценная в комбинации с психо- и социотерапией. И все же нельзя забывать, что у ряда больных самые лучшие терапия и профилактика терпят неудачу из-за разрушительного течения психоза.

При *аффективных и шизофренических психозах* возможна очень эффективная профилактика рецидивов с помощью солей лития и карбамазепина.

Лечение психически больных *правонарушителей* и реабилитацию других преступников надо рассматривать как третичную профилактику возврата к асоциальным и криминальным действиям.

Геронтопсихиатрическая профилактика. Распознавание и лечение соматических заболеваний с риском церебральных осложнений – это такие же первично-профилактические мероприятия, как описанные специфичные для позднего возраста конфликты. Как вторичная профилактика расцениваются раннее распознавание и лечение имеющихся конфликтов и начинающихся психических расстройств в целях подавления их декомпенсации. Чтобы при наступивших возрастных нарушениях добиться облегчения течения психических расстройств, надо заботиться о физическом благополучии. Попытки медикаментозного лечения и помощи в домашних условиях и в дневных стационарах относятся к третичной профилактике. Сюда же относятся побуждение и ободрение, чтобы не избегать еще возможного и участвовать в новых помыслах.

Собственно, геронтопсихиатрическая профилактика начинается значительно раньше. «Кто однажды спрашивает, что, собственно, так отягощает

старость, что делает человека старым, то это вопрос далеко еще не исходит из убеждения, что многое прожито и со временем надо прощаться с этой жизнью, а именно из того, что не все неправильно, несерьезно, неполно прожито и что жизнь прошла попусту, прежде чем он спохватился. Поэтому последствия превентивной гериатрии состоят только в том, чтобы с раннего возраста готовить к интенсивной жизни (под чем подразумевается не прожитое), не делать себя зависимым от выполнения определенных жизненных планов» (В. Шульте). То, что было сказано о фазах развития детства, в равной мере относится к более поздним этапам жизни: борьба на одном этапе жизни – это подготовка к успеху на следующем этапе. С особым акцентом сказал Фрейд: «Если ты хочешь жить, готовься к смерти».

В геронтопсихиатрии и в других областях участие *родных* в лечении необходимо и с профилактических позиций, так как из участвующего легко можно стать подверженным болезни, а затем превратиться и в больного.

Профилактически-психиатрические мероприятия полезны и *в других областях медицины*. Это, с одной стороны, необходимо для того, чтобы при соматических заболеваниях избежать психических и психосоциальных осложнений и их неблагоприятного обратного влияния на основное заболевание; примеры тому – уход за больным после инфаркта, при психических осложнениях после операции на открытом сердце, лечении пациентов с диализом и их родственников, мерах в отношении больных в отделениях интенсивной терапии. Эти задачи составляют значительную часть психиатрической консультативной деятельности. С другой стороны, профилактически-психиатрические мероприятия могут задерживать формирование или развитие нарушений соматического здоровья. Например, психотерапия (особенно поведенческая терапия) при ожирении, лечение вредных для здоровья злоупотреблений (прежде всего курение и алкоголь), психотерапевтическое уменьшение осложнений при диабете и других болезнях, психиатрическое лечение при кажущихся изменениях внешности (дисморфофобии) вместо ошибочных по показаниям и вредящих по последствиям операций.

Одно из направлений психиатрической профилактики – это работа *с общественностью*, так как на пути предотвращения психических расстройств часто стоят выраженные предубеждения и противодействия. Мотивы эти лежат в недостатке знаний и нежелании заниматься психическими заболеваниями, которые расцениваются только как угрожающие собственной персоне. При этом серьезность и тяжесть психических нарушений извращаются, а терапевтические возможности игнорируются. Это относится не только к миру профанов и обывателей, но и к немалому количеству врачей и психологов. Этим объясняется, почему часть больных попадает поздно или совсем не попадает на психиатрическое лечение и почему определенные методы лечения отвергаются.

Предрассудки могут приводить к тому, что свои проблемы перекладываются путем проекции на слабости других людей. Именно на этом основании часто дискриминируются те, кто был психически болен и лечился в психиатрической больнице. Главным образом из-за этой эмоциональной установки многие психически больные считают себя «меченными», страдая от этого больше, чем от самой болезни. Часто депрессивный больной предпринимает суицидальную попытку, у больного неврозом возникает семейный кризис, у больного шизофренией — состояние возбуждения, у больного эпилепсией — эпилептический статус. После перенесенного острого состояния возвращение в семью и на службу сильно затрудняется именно из-за этих предубеждений.

Эти несчастливые ситуации пытаются преодолеть при помощи психиатрической работы с общественностью. Даже если с этим не считаются, предубежденность и противодействие абсолютны, все же усиленная и систематическая работа с общественностью приносит существенный вклад в улучшение терапии и профилактики психически больного. При эпидемиологических обследованиях обнаруживается неожиданный эффект: к психиатру приходят в основном согласные на лечение больные. Благоприятное влияние на общественность имеет участие родственников, активность групп самопомощи и забота о психически больных со стороны добровольных помощников.

Таким образом, первичная профилактика удается в психиатрии, как и в других врачебных дисциплинах, только в редких случаях. При вторичной и третичной профилактике возможности также ограничены. Но несомненный прогресс достигнут с тех пор, как профилактика стала исходным пунктом эмпирических научных исследований. Сюда принадлежат изучение этиологии, также наблюдение течения и факторов риска, эпидемиологии и структуры попечительства. Опыт учит, что психиатрическая профилактика должна быть разносторонней и может проводиться только как мультидисциплинарная совместная работа. Необозрим сдвиг к лучшему в амбулаторной психиатрии.

Следует отметить, что психиатрическая профилактика в конечном итоге экономически выгодна. Но вначале в нее нужно вложить много средств (а это в психиатрии означает в основном больше сотрудников), которые благодаря превентивным мероприятиям достигают того, что затраты экономят. Сегодня уже ясно, что психиатрическая терапия и реабилитация одновременно являются профилактикой.

ЛЕЧЕБНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Психиатрические учреждения и формы организации в ФРГ после 1970 г. коренным образом изменены, однако об этом еще мало известно населению, которое прочно держится устарелых

представлений. После того как в отдельных главах рассматривались частности психиатрической помощи, здесь в общем обзоре говорится о формах лечебной помощи. Поскольку психиатрия – очень терапевтически активная медицинская дисциплина, ее организационные рамки существенно улучшились. Стационарная служба реформирована, амбулаторное лечение расширено, созданы новые учреждения для частично-стационарного лечения и переходные учреждения для реабилитации. Так возникла дифференцированная служба.

История развития психиатрической службы. Психиатрические учреждения созданы еще около 1800 г. Им предшествовали усилия по гуманному лечению психически больных, особенно впечатляющим было освобождение больных от их цепей французским психиатром Пинелем (1793, см. рис. 8 на цв. вкл.). После того как начало появляться правильное понимание, окончательно утвердилось мнение, что психические нарушения – это болезни и что психически больной должен получать лечение и уход, во многих местах с начала 19 в. начали создаваться государственные психиатрические больницы как «заведения по лечению и уходу». В середине 19 в. из частной инициативы и христианских побуждений создаются более основательные психиатрические учреждения. Им указывала путь система нестеснения английского психиатра Конолли (1839), который выбросил из своей больницы все средства принуждения. По инициативе немецкого психиатра Гризингера в 1845 г. началась научная работа в психиатрических больницах, а именно исследование соматических и психосоматических условий возникновения психических заболеваний.

После создания психиатрических больниц обнаружилось, как много психически больных нуждаются в стационарном лечении. Больницы вскоре оказались переполненными и превратились в огромные неуправляемые заведения, что никогда не было намерением психиатров. Теснота помещений неблагоприятно влияла на поведение больных и затрудняла создание гуманных и терапевтических условий. Основной акцент переместился на охрану, обеспечение и изоляцию больных (так называемая надзирательная психиатрия; сравни рис. 18 на цв. вкл.). К концу 19 в. интерес общественности к гуманному отношению к больным и к финансовому обеспечению их лечения все больше падает.

К 1900 г. в немецкой психиатрии ведущую роль приобрела научная деятельность. Особенно продолжал падать интерес к заботе и лечению психически больных во время первой мировой войны и в послевоенное время. Нацистское господство разрушительно воздействовало на немецкую психиатрию не столько потому, что многие ученые по расистским принципам были изгнаны и немецкая психиатрия потеряла свое мировое значение, сколько пренебрежение, а затем и преследование психически больных. По закону о защите молодого поколения с наследственными заболеваниями (1933) большое, точно не известное число больных (около 300 000?), которые хотя бы частично болели наследственными психическими заболеваниями, было насильственно стерилизовано. Жертвами так называемой акции Т-4 по уничтожению больных с психической задержкой и психически больных в психиатрических больницах стали 5000 детей и не менее 70 000 взрослых.

В послевоенное время немецкой психиатрии лишь постепенно удалось избавиться от ущерба в психиатрической службе. Потребность в наверстывании упущенного возрастала. Благодаря прогрессирующему развитию возможностей лечения возник наконец «терапевтический след». То, что реализовалось в лечении, не соответствовало прежним больничным структурам. Устранение этого несоответствия было целью психиатрической реформы, которая началась в Германии в конце 60-х годов (позже, чем в других западных странах).

Основы психиатрической реформы разработаны в анкетной комиссии в 1971—1975 гг., дополнены в 1985 г. экспертной психиатрической комиссией, а также в 1990 г. постановлением по психиатрическому персоналу.

Потребность в стационарах. Лечение в больницах в последние десятилетия значительно ограничилось в пользу амбулаторной и полустационарной форм. Сегодня стационарное лечение необходимо в трех случаях: для кризисного вмешательства и лечения острых тяжелых заболеваний; для применения специальных методов лечения, особенно при терапевтической резистентности, и для лечения и ухода за тяжелыми хроническими больными.

Психиатрическая больница. Традиционные большие больницы расформированы, число коек значительно уменьшилось, строительные и другие внешние условия улучшились, подготовка персонала количественно и качественно также улучшились, инфраструктура соответствует требованиям (базисное лечение проводится в психиатрическом стационаре). И все же сохраняется необходимость дальнейшего разделения отделений больниц и активирования терапии.

Еще недавно жаловались на нехватку психиатрических коек. Поскольку потребность в стационарном лечении постепенно уменьшается, сегодня уже нет этого дефицита. В стационарах лечится меньшее число больных и в более короткие сроки. Тогда как 40 лет назад около 3/4 больных шизофренией лечилось в стационаре, сейчас это число снизилась до 1/4. Однако допускались и ошибки: стационары сокращались слишком резко, в то время как все же многие психически больные нуждаются в стационарном лечении и немало хронически больных нуждаются в стационарном наблюдении, несмотря на достигнутые успехи в лечении.

Психиатрические отделения в общих больницах. Наряду с большими психиатрическими больницами долгое время было мало психиатрических клиник, только при университетах и в больших городах. С 1970 г. довольно быстро создаются многочисленные психиатрические больничные отделения, их преимущество состоит в том, что больные находятся в непосредственной близости от места жительства (вместо больших отдаленных психиатрических больниц). Кроме того, психически больные

входят в больницу через ту же дверь, что и остальные больные. Близкое к месту жительства лечение облегчает его продолжение в форме частично-стационарного и амбулаторного лечения и реабилитации (лечебная сеть).

Несмотря на эти преимущества, не следует создавать психиатрические отделения при каждой больнице. Это исходит их потребности стационарной службы, в которой надо избегать перегрузки. Инфраструктура психиатрического отделения больницы нуждается еще в улучшении. Должна быть решена проблема комбинированного неврологически-психиатрического отделения. Психиатрическое отделение на 20—40 коек слишком мало, чтобы выполнять необходимые диагностические процедуры и прежде всего лечебные задачи. Чтобы принимать тяжелых больных, нужно иметь закрытое отделение. Насколько это возможно, психиатрическое отделение должно обслуживать определенный регион (секторизация).

Детские психиатрические учреждения начали создаваться довольно поздно, вначале как оздоровительно-педагогические стационары в детских клиниках. При психиатрических университетских клиниках детские стационары за немногим исключением создавались после второй мировой войны, а учредительное разграничение подростков в больших психиатрических больницах проводилось лишь в некоторых землях. Сегодня организационная самостоятельность детской и подростковой психиатрии утверждена.

Консультативная и совместная работа в составе общей больницы. К стационарной помощи психически больному принадлежит и консультативная психиатрия, так как многие психически больные попадают в другие отделения по разным обстоятельствам. Необходимое психиатрическое лечение таких больных часто затруднительно. По оценкам интернистов, показания для этого составляют 1/4 — 1/3 терапевтических больных, а реальная потребность — около 3 %.

У консультативной психиатрии большое поле деятельности: в пре- и постоперативной медицине лечат психореактивные нарушения и органические психозы; в интенсивной медицине — это больные с аппаратным дыханием; во внутренней медицине — это среди прочих психических нарушений нарушения при эндокринных и обменных заболеваниях; в нефрологии — это в основном почечные больные, а также психические проблемы диализа и трансплантаций; необходима забота об онкологических больных и других неизлечимых больных с помощью психиатра; больные СПИДом также во многих случаях имеют психические нарушения не только потому, что они одновременно и наркоманы. Во многих этих областях перекрещиваются психиатрические и психосоматические направления консультативной работы.

Эти задачи трудно выполнять, если психиатр-консультант появляется лишь периодически по вызову. Хорошо себя зарекомендовала *контактная психиатрия:* работа более эффективна, когда психиатр все свое рабочее вре-

мя проводит в данном медицинском учреждении и входит во врачебный коллектив. Его задачи распространяются за пределы лечения больных на совместные заключения, систематическое образование и совершенствование, например в балинтовских группах.

Психиатрические дома проживания и ухода. Некоторое время хронические психически больные, особенно шизофренией, переводились во вновь создаваемые дома проживания и ухода. Это мало себя оправдывало, поскольку во многих таких домах терапевтические возможности и требования к дневному пребыванию недоступны. В принципе больные шизофренией никогда не бывают «предметом ухода», но длительно нуждаются в лечении, чтобы поддерживать достигнутое состояние, и даже после многих лет пребывания в стационаре сохраняются возможности реабилитации.

Частично стационарное лечение: дневной стационар. Традиционный медицинский дуализм стационара против амбулатории в психиатрии преодолен. В дневной клинике больной проводит 8 часов в день (40-часовая неделя) и получает в это время весь спектр психиатрической терапии, как при полном стационарном лечении. Таким образом, больной сохраняет связь с домом, где он проводит вечера и конец недели. Путь в дневную клинику общественным транспортом должен быть не более часа. Дневное лечение часто заменяет стационарное или его назначают до и после ограниченного во времени стационарного лечения. Дневное лечение особенно показано при шизофрении.

Целесообразно иметь дневную клинику, организационно связанную с психиатрической больницей, хотя помещения могут быть разделенными и по возможности ближе к центру и легче достижимы. Благодаря дневному лечению можно добиться существенного сокращения психотических нарушений, что может способствовать трудовой реабилитации. Дневная клиника в психиатрической помощи находится между клиническими и вспомогательными учреждениями. Это относится также к детской и подростковой дневной клинике.

Дополнительные учреждения. Они служат постепенному восстановлению и реабилитации. В области *жилья* имеются *переходные очаги* и (с менее выраженной опекой) *переходные дома,* а также опекаемые группы совместного проживания. Некоторые больные живут здесь от нескольких месяцев до нескольких лет. Специальные терапевтические *юношеские дома,* которые не предусматривают психиатрический контингент, направлены на попечение и перестройку юношей на определенную социальную самостоятельность для отделения от родительского дома.

В области *трудовой реабилитации,* которая начинается с терапии занятостью и трудовой терапии в клинике или дневной клинике, продолжаются усилия по устройству в учреждения, пригодные для данного психически больного. К этой так назы-

ваемой второй рабочей ярмарке принадлежат фирмы самопомощи (фирмы по услугам или ремесленные производства с полной или частичной рабочей нагрузкой) и фирмы по платным работам с почасовой занятостью для тяжелобольных. Мастерские для инвалидов также имеют отделения для психически больных. Цель этого — не всегда полное служебное восстановление, но для хронически больного она состоит в осмысленной частичной занятости с доплатой к пенсии, обычно маленькой.

Места дневного пребывания (не путать с дневными клиниками) предлагают, особенно для хронических и тяжелых больных, возможности структурирования дневного времени, занятий, *проведения свободного времени*. Психически больные находят это в психосоциальных центрах, «чайных комнатах», клубах для пациентов и т. д., частично в соединении с лечебными процедурами. Эти переходные и дополнительные учреждения оказываются эффективными и существенно способствуют улучшению психиатрического призрения в смысле ориентированного на пациента и близкого к общине попечения. Такие инициативные подходы по большей части реализуются передовыми общественными объединениями в сфере социальной психиатрии.

Семейное попечение раньше было широко распространено в некоторых европейских странах, обеспечивая гуманный подход; исторический пример — в 1807 г. поэт Фридрих Гёльдерлин (см. рис. 16 на цв. вкл.) был принят в семью столяра. Эта форма ухода за больным связана с изменением семейного и трудового стиля в угоду совместно проживающему психически больному. При уходе в *собственной* семье *родственники* особенно нуждаются в психиатрических советах и поддержке со стороны общества.

Группы самопомощи психически больных и родственников таких больных приобретают все большее и большее значение на местном и государственном уровне.

Реабилитация. Описанные мероприятия должны идти рука об руку. Особенно нужны индивидуально ориентированные и ступенчато проводимые мероприятия после длительного пребывания в психиатрической больнице, чтобы вернуть больного в его жизненную среду. Описанными мероприятиями достигается то, что многие хронические психически больные, могут жить вне больницы, частично в условиях обеспеченного им жилья и работы.

Реабилитационные мероприятия образуют цепь (см. табл. 10) с нарастающей самостоятельностью и трудовой деятельностью при уменьшении степени поддержки. Наряду с этим возможны и временные связи. Конечно,

не каждый больной в состоянии пройти все этапы. Но даже если он не полностью трудоспособен, может быть поставлена цель его самостоятельного проживания. Кто становится трудоспособным, не обязательно должен жить самостоятельно; многие живут длительное время в обеспечиваемом переходном доме. Параллельно с реабилитационными мероприятиями идут ступенчатообразно и этапы врачебного лечения.

Таблица 10. **Оси лечения, попечения и реабилитации**

Обитание	Лечение	Работа	Свободное время
Больница	Стационарное, дневная клиника	Терапия занятостью	Стационарная группа, психологический центр
Переходный дом	Амбулаторное	Трудовая терапия	Клуб, чайные комнаты
Доверительное жилье	Психиатр-практик	Формы самопомощи	Друзья, объединения
Самостоятельное жилье	Психиатр-практик	Общая ярмарка труда	Общие обязанности

Амбулаторное лечение. На пути излюбленного предпочтения амбулаторному лечению психиатрия достигла многого. По оценкам, примерно 90 % больных могут лечиться амбулаторно. Это, конечно, было достигнуто на почве улучшения стационарного, полустационарного и дополнительного лечения. В какой ситуации какой вид лечения предпочтителен, сообщалось в специальных главах. Показания к каждому случаю амбулаторного лечения – это относительно стабильные социальные отношения и сотрудничество с родственниками, которые в свою очередь нередко нуждаются в советах и поддержке психиатра.

Число *психиатров с собственной практикой* за последнее время умножилось. Однако мало кто хорошо знаком с неврологией, не все используют психотерапию, большинство слишком много внимания уделяют хроническим больным. В то же время многие психиатры, в особенности из общей практики, планируют уходить на специализацию. Домашние врачи (интернисты, врачи общего профиля) участвуют в совместной работе с психиатром в амбулаторном лечении психически больных. Сегодня психиатрические больницы и отделения пользуются *амбулаторным отделом*, где проводится предварительное обследование и последующее лечение преимущественно с больными, которые не находят пути к психиатру-практику. *Социально-психиатрическая служба* органов здравоохранения также действует в области амбулаторной помощи, она включает психически больных, которые иначе остались бы без лечения.

Амбулаторное лечение должно дополняться психиатрической службой в социальных учреждениях, здесь должны работать специальные медсестры и сиделки, навещать психически больных на дому и помогать им.

Общая медицинская служба скорой помощи, особенно в конце недели, обеспечивает выезды специализированных психиатрических бригад на дом к психически больным.

В *детской психиатрии* амбулаторная диагностика и терапия особенно предпочтительны, так как нельзя без необходимости вырывать ребенка из привычной среды и помещать в совершенно чуждое окружение. Более старшим детям и подросткам такое разлучение может быть необходимо, чтобы прервать обостренные патогенные отношения и подготовить подростка, а заодно и его родителей к мысли о лечении. Дневные клиники часто дают желательный средний путь.

Специализированные учреждения. Для отдельных групп больных предназначены свои учреждения. Так, для лечения *наркоманов* имеются специализированные психиатрические больницы, а также отдельные переходные дома и многочисленные пункты дачи советов. Больные *с умственной отсталостью* наблюдаются частично в психиатрических больницах, частично в собственных специальных учреждениях.

Для *психически больных преступников* в соответствии с законом имеются специальные психиатрические больницы или соответственные отделения в общих психиатрических больницах. В этой отрасли *судебной психиатрии* находится в (прежней) ФРГ 2400 больных. Они причисляются к самым вредным членам нашего общества, так как на упадке психически больного лежит пятно асоциальности. Определить и лечить этих больных было долгое время неблагодарной задачей, и до сих пор во многих таких больницах диагностика и лечение их недостаточно полноценны (Лейграф). Реформы, которые начались в отдельных судебно-психиатрических больницах, показывают, что и в этой области возможны активная терапия, более свободное лечение и реабилитация (по ступеням, в терапевтических сообществах) и, более того, полустационарное и амбулаторное лечение (Гейнц).

Старческие больные. Старые люди с реакциями на конфликт и депрессиями лечатся в общепсихиатрических стационарах, поскольку им необходимо стационарное лечение. Стариков с выраженной старческой деменцией лучше направлять в специализированные геронтопсихиатрические отделения, которые приспособлены для пространственной ориентировки, имеют дифференцированные возможности ухода и специально подготовлен-

ный персонал. Здесь и вообще в гериатрической психиатрии необходима совместная работа психиатров и терапевтов (а при случае – и других специалистов), что важно и для терапевтически-гериатрических отделений.

Геронтопсихиатрические отделения меньше служат длительному пребыванию, а больше ограниченному во времени интенсивному лечению. Как только становится возможным, больной возвращается в свое привычное окружение. Этому служат ступенчатые терапевтические учреждения, которые образуют цепь: дневная клиника с основательной диагностикой и терапией, дневные заведения с возможностью занятости и ухода, эрготерапией и трудовой терапией, далее свободное время и клуб стариков. При этом надо стараться, чтобы пользование во всех специализированных учреждениях по возможности меньше причиняло ущерба связям с общей жизнью.

Геронтопсихиатрические центры состоят из дневных клиник или дневных заведений с возможностью деятельности, амбулаторной службы, а также организуют консультативную помощь и посещения на дому. Они должны приносить родным хоть временное облегчение.

Организация психиатрического призрения. Призрение в психиатрии должно быть более систематизированным и организованным, чем в других медицинских областях, так как многие психически больные меньше могут проявлять инициативы и меньше могут заботиться о себе, чем соматически больные. Наиболее важные организационные принципы на сегодняшний день:

- дифференцировка психиатрической помощи с акцентом на частично стационарное и амбулаторное лечение;
- длительная терапия и попечение (лечебная цепь), включая дополнительные и реабилитационные мероприятия;
- близкие (географически и общественно) и легко доступные лечебные возможности.

Районизация психиатрической помощи означает, что в определенной географической области (от 100 тыс. до 150 тыс. жителей) имеются нужные психиатрические заведения и в достаточном объеме. Чтобы добиться «общинно-психиатрического союза», необходимо на коммунальном уровне установить координатора по психиатрии.

Под *секторизацией* понимают создание единой системы попечения для сектора населения, чтобы пациент этого сектора мог найти амбулаторное, частично стационарное и стационарное лечение и по возможности у одного и того же терапевта (или коллектива). При этом должна оставаться открытой возможность для пациента получить психиатрическую помощь и вне своего сектора, если там лечение лучше организованно.

Определять *потребность в количестве лечебных мест* очень трудно. Здесь недостаточно вывести число нуждающихся в лечении, так как потребность в стационарных койках будет больше, если еще отсутствуют переходные учреждения. Приведенные ниже цифры – это оценка цели для будущего дифференцированного обеспечения. Они взаимосвязаны, поскольку относительно

низкие цифры стационарных коек можно принять только в том случае, если уже построены соответственные переходные учреждения.

На 1000 жителей региона потребности следующие.

Для психиатрии взрослых: около 0,8—1,2 койки для острого и средней срочности лечения; 0,1—0,2 места в дневной клинике; 0,1 места для переходного дома; 0,2—0,3 койки для длительного лечения; около 0,1—0,2 койки для лиц с психической задержкой как для кратковременного лечения в кризисных ситуациях, так и для длительного многократного лечения и при самых тяжелых задержках.

В детской и подростковой психиатрии: около 0,2—0,3 койки для острого и средней срочности лечения и около 0,4 койки для больных с психической задержкой в районе места проживания.

Наибольшие проблемы попечения у хронических психически больных (около 500 000 в ФРГ). Однако только часть из них получает поддержку, многие остаются без квалифицированной помощи.

Самое трудное — это сломать барьер между психически больным и общественностью. Каков результат призыва к здравой части разума, скажется на терапевтическом прогрессе у психически больного, на надежде его больше, чем прежде, участвовать в общей жизни.

Приложение

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ

Нижеследующие вопросы дают читателю возможность перепроверить свои знания. Ниже приводятся группы экзаменационных вопросов по многовопросной системе для возможного выбора.

Психиатрия / Методы

Что изучает психиатрия?
Методы психиатрии.
Биолого-психиатрические рабочие направления.
Определение психотерапии.
Что такое психосоматическая медицина?
Особенности детской и подростковой психиатрии.
На что нацелено антропологическое направление в психиатрии?
Что означает «многомерная психиатрия»?

Исследование

С чего начинается психиатрическое исследование?
Какие исследования у психически больного обязательны?
Что понимают под врачебной или терапевтической беседой?
Какие ошибки чаще всего допускают во врачебной беседе?
О чем идет речь при биографическом анамнезе?
Следует ли расспрашивать родственников психически больного?
Какие существуют проблемы, когда молодые пациенты приходят на прием со своими родителями?
Особенности письменных записей психического состояния.
Для чего нужны психодиагностические исследования?
Что можно понять при помощи стандартизированных методов обследования и опросников?
Какие проективные тесты имеются для детей?
В чем заключаются трудности при неврологическом обследовании детей?

Диагностика / Классификация

Какие проблемы возникают при подразделении психических заболеваний?
Преимущества и недостатки новой системы классификации.
Чем отличается диагностика от классификации?

Эпидемиология

Что исследует психиатрическая эпидемиология?
Какие данные используются при экологических исследованиях?

то Вы знаете о частоте (заболеваемости и болезненности) психических заболиний?
то известно о психической заболеваемости больных позднего возраста?

ıврозы

то понимают под неврозами?
то такое конфликт, конфликтная реакция?
то понимают под отказом (фрустрацией)?
то такое бессознательное?
акие существуют возможности для переработки конфликтов?
то такое защитные механизмы?
то Вы знаете о стадиях детского развития и их значении в возникновении розов?
то понимают под эдиповым комплексом?
то такое нарциссизм?
Iмеются ли при неврозах иные механизмы возникновения заболевания, кропсихореактивных?
ак могут взаимодействовать органически-мозговые и психореактивные факы при возникновении неврозов?
чем различие между регрессией и ретардацией?
Iто Вы знаете о течении неврозов?
ак лечатся неврозы?
Iмеет ли смысл предписывать при неврозах психофармакологические средства?
ак можно подразделять неврозы?
чем различия неврозов у детей и у взрослых?
Iто такое ночной энурез?
Iто понимают под мутизмом?
Iто такое психический госпитализм?
Iаиболее важные симптомы психического госпитализма.
какими поздними последствиями психического госпитализма приходится таться?
акие специальные формы неврозов Вы знаете?
Iто такое психовегетативный синдром истощения?
Iечение психовегетативных состояний истощения.
Iто понимают под конверсионной реакцией?
Iечение острых конверсионных симптомов.
Iто означает слово «истерический»?
Iто такое диссоциация?
Iто такое ипохондрические расстройства?
ак возникают ипохондрические расстройства?
Iри каких заболеваниях развиваются ипохондрические синдромы?
Iем отличается невротический страх от других форм страха?
Iто такое фобии?
ак лечат фобии и неврозы страха?
ак появляются сердечные фобии?
Iем отличаются депрессивные реакции от депрессивных неврозов?
Iто такое реакция горя?
)писание переживаний отчуждения (деперсонализации, дереализации).
Iри каких заболеваниях развиваются переживания отчуждения?
акие есть симптомы навязчивостей.
Iри каких заболеваниях встречаются симптомы навязчивостей?
Iазовите глубинно-психологические объяснения неврозов навязчивости.

Как лечат неврозы навязчивости?
Какие симптомы наблюдаются при нервной анорексии?
Лечение нервной анорексии.
Что такое рентные неврозы?
Как можно задержать возникновение рентных неврозов?

Нарушения личности

Можно ли различить неврозы и расстройства личности?
Как возникают расстройства личности?
Что Вы знаете о течении (жизненной судьбе) при неврозах и расстройствах личности?
Как называются отдельные расстройства личности?
Опишите структуру сенситивной личности.
Как возникает сенситивная структура личности?
Из чего состоят истерические расстройства личности?
Правильно ли говорить о социопатиях?

Суицидальные действия

Как возникают суицидальные действия?
Как психологически различаются суицид и суицидальная попытка?
С какого возраста возникают суицидальные попытки и суициды?
Как распознается суицидальность?
Какие группы лиц особенно подвержены суицидальности?
Что надо делать при опасности суицида?
Что необходимо терапевтически предпринять при суицидальной попытке?

Сексуальные нарушения

Причины возникновения функциональных сексуальных нарушений.
Как возникают нарушения эрекции?
Сексуальные расстройства, типичные для пубертата.
Наиболее частые причины сексуальных задержек у девочек.
Что такое сексуальные девиации?
Как возникает и как проявляется эксгибиционизм?
Какие психотерапевтические и соматотерапевтические мероприятия применяются при сексуальных девиациях?
Что такое транссексуализм?
Какие имеются виды гомосексуализма?
Что известно о причинах гомосексуальности?

Зависимость / наркомании

Что понимают под наркоманическим нарушением поведения?
Являются ли азартные игры зависимостью?
Какие медикаменты используются наркоманами как наркотики?
Назовите общие фармакологические свойства средств наркотического характера.
Что такое зависимость?
Как возникает наркомания?
Соматические и душевные последствия алкоголизма.
Какие социальные осложнения способствуют алкоголизму?

Іочему столь тяжело прервать пьянство?
Фазы лечения алкоголизма.
Какие сомнения вызывает лечение антабусом?
Как проявляется простое опьянение при алкогольной интоксикации?
Симптомы алкогольного делирия.
Как лечат алкогольный делирий?
На что нужно обращать внимание при лечении дистранейрином?
Как развивается бред ревности пьяниц?
Какие изменения в головном мозге происходят при алкоголизме?
Почему опийная наркомания особенно опасна?
Могут ли анальгетики применяться как наркотические средства?
Симптомы злоупотребления стимуляторами.
Признаки кокаиновой зависимости.
Что такое оглушающие средства?
Почему опасно злоупотребление гашишем?
Создает ли никотин зависимость?
Как происходит отвыкание от курения?
Особенности зависимости от наркотиков у подростков.
Какие мероприятия возможны при наркотической зависимости?
Имеет ли смысл замена наркотиков метадоном?

проблеме бреда

Какие Вы знаете темы бреда?
Назовите формы бредовых переживаний.
Что такое галлюцинации?
От каких других расстройств восприятий следует отличать галлюцинации?
Что характеризует бред?
Почему у маленьких детей бред не развивается?
Могут ли привести к бреду психодинамические факторы?
При каких заболеваниях развивается бред?

редовые развития

Что понимают под бредовым развитием?
Как возникает сенситивный бред отношения?
Чем отличается сенситивный бред отношения от параноидной шизофрении?
Что такое кверулянтский бред?
При каких условиях развивается симбиотический (индуцированное безумие) ед?

Іизофрении

Назовите главные признаки шизофренических психозов.
Как подразделяется симптоматика шизофрений?
Назовите диагностически ведущие симптомы шизофрении.
Какие нарушения мышления имеются при шизофрении?
Нарушена ли речь у больных при шизофрениях?
Какие изменения аффективности развиваются при шизофрениях?
Что такое амбивалентность?
Что такое аутизм?
Нарушения Я при шизофрениях.

Указывает ли бредовая симптоматика на диагноз шизофрении?
Какие галлюцинации наиболее часто встречаются при шизофрении?
Назовите кататонические симптомы.
Что такое простая шизофрения?
В каком виде могут появляться ранние симптомы типичных форм шизофрении?
Прогноз шизофрении школьного возраста.
Как протекают шизофрении?
От чего зависит течение шизофрений?
Что называют резидуальным шизофреническим состоянием?
О чем нужно думать дифференциально-диагностически при подозрении на шизофрению?
Что Вы знаете о происхождении шизофрений?
Имеет ли значение наследственность при шизофрениях?
Имеются ли изменения мозга или биохимические находки при шизофрениях?
Чем могут провоцироваться шизофренические психозы?
На какие конфликты особенно сильно реагируют больные шизофренией?
Что Вы знаете о семейных исследованиях больных шизофренией?
Как действуют при шизофрениях отдельные факторы возникновения?
На что нужно обращать особое внимание при стационарном лечении шизофрений?
Какими медикаментами лечат острую шизофреническую симптоматику?
Возможности психотерапии при шизофрениях.
Когда при шизофрениях показана поведенческая терапия?
На что нужно обращать внимание при реабилитации больных шизофренией?
Какие преимущества имеет пролонгированная нейролептическая терапия?
Что нужно учитывать при даче психофармакологических средств детям и подросткам?
Может ли водитель автотранспорта сохранять водительские права после завершившегося шизофренического или аффективного психоза?

Раннедетские психозы

Что понимают под раннедетским аутизмом?
Типичные симптомы раннедетского аутизма.
В чем различие каннеровского и аспергеровского типов раннедетского аутизма?
Возможные причины раннедетского аутизма.

Аффективные психозы

Какие формы депрессий называют меланхолиями?
Наиболее важные симптомы при меланхолии?
Имеются ли соматические симптомы при меланхолии?
Что понимают под витальными нарушениями?
Какие темы имеет так называемый меланхолический бред?
Из чего состоит маниакальная симптоматика?
Что понимают под «ларвированной депрессией»?
Как протекают аффективные психозы?
Какие дифференциально-диагностические суждения используют при маниях?
Какие особенности указывают на аффективный психоз в юношеском возрасте?
Являются ли аффективные психозы наследственными заболеваниями?
Какие биохимические данные можно обнаружить при аффективных психозах?
Что понимают под провоцированием меланхолии или мании?

Возможности лечения при меланхолиях.

Какие медикаменты применяют при меланхолии?

Чему служит терапия бодрствованием (терапия депривацией сна)?

Целесообразны ли психотерапевтические усилия в отношении меланхолических больных?

Какими медикаментами лечат мании?

Применима ли профилактика при аффективных психозах?

На что следует обращать внимание при литиевом лечении?

Что такое шизоаффективные психозы?

Органические психосиндромы и психозы

Чем вызываются мозговые повреждения и нарушения мозговых функций?

В чем различие отдельных психоорганических синдромов?

Назовите причины раннедетских экзогенных психосиндромов.

Что понимают под частичными нарушениями способностей?

Каким образом частичные нарушения способностей влияют на повышенный риск неврозов?

Прогноз раннедетского экзогенного психосиндрома.

Ранние симптомы органического психосиндрома – деменции.

Что такое нейропсихологические синдромы?

Как проявляются органические изменения личности?

Симптомы органических психозов, особенно делирия.

Что такое органические психозы/психосиндромы второго ранга?

Мозговые заболевания

Различия между сотрясением и ушибом мозга.

На что следует обращать внимание при экспертизе последствий черепно-мозговой травмы?

Затрагивает ли ВИЧ-инфекция центральную нервную систему?

Какие психические нарушения возникают при ВИЧ-инфекции?

Какие сифилитические заболевания рассматриваются в психиатрии?

Вызывают ли эндокринные заболевания психические нарушения?

Примеры метаболических энцефалопатий.

После дачи каких медикаментов могут возникнуть фармакогенные психозы?

Как проявляются фармакогенные психозы?

Какие Вы знаете наследственно-дегенеративные заболевания?

Чем обусловлена хорея Гентингтона?

Возможные причины синдрома паркинсонизма.

Какие психические нарушения имеются при паркинсонизме?

Как проявляется дерматозойный бред (хронический тактильный галлюциноз)?

Старческая деменция

Какие психические нарушения и заболевания свойственны старости?

Как различаются сенильная деменция Альцгеймера и сосудистая деменция?

Ранние симптомы и субъективные жалобы при сосудистой деменции (атеросклероз мозга).

Возможна ли психотерапия у старческих больных?

Как можно улучшить уход за старческим психически больным?

Что Вы знаете о старческой криминальности?

Эпилепсии

Как проявляются эпилепсии?
Чем обусловлены эпилепсии?
Какие психические нарушения свойственны эпилепсиям?
Какие изменения личности характерны для эпилептиков?
Встречаются ли при эпилепсии психозы?

Умственная отсталость

Что понимают под «умственной отсталостью»?
Частота умственной отсталости.
Какие психические функции нарушены при умственной отсталости?
Чем отличаются пациенты с врожденной или рано приобретенной умственной отсталостью от пациентов с поздно полученным мозговым повреждением?
Что известно о наследственности при умственной отсталости?
Что такое синдром Дауна?
Возможности раннего распознавания умственной отсталости, обусловленной хромосомными и обменными нарушениями.
Социальные проблемы умственной отсталости?
Что можно сделать для умственно отсталых?

Лечение

Показания к психиатрическому лечению.
Что означает «психотерапевтическая установка»?
Что относится к базисной терапии в психиатрической больнице?
Что такое терапия средой?
Принципы трудовой терапии и эрготерапии.

Психотерапия

Что такое психотерапия?
Подразделение психотерапевтических методов.
Что называется психоанализом?
Какие терапевтические методы развились из традиционного психоанализа?
Что такое балинтовские группы?
Что понимают под суггестией?
Опишите аутогенную тренировку.
Из каких теоретических представлений исходит поведенческая психотерапия?
Что такое когнитивная терапия?
Что понимает под обусловливанием?
Что такое возбуждающая конфронтация?
Что такое тренировка самосохранения?
Почему может быть полезна терапия пары?
В чем принцип семейной терапии?
Как развился метод групповой терапии?
Какие преимущества имеет психотерапия в группе?
Назовите методики групповой терапии.
Особенности психотерапии в детском и юношеском возрасте.

Соматотерапия

Какие группы психофармакологических средств Вы знаете?

Какие медикаменты обозначаются как психофармакологические средства в узком смысле слова?

Какое действие имеют нейролептики?

При каких заболеваниях применяют нейролептики?

Побочные действия нейролептиков.

При каких депрессиях в первую очередь эффективны антидепрессанты?

Побочные действия антидепрессантов.

Какие антидепрессивные методы лечения Вы знаете?

Чем отличаются транквилизаторы от снотворных средств?

Показания к назначению транквилизаторов.

На что следует обращать внимание при лечении нарушений сна?

Когда применяют электросудорожную терапию?

Физиотерапия при психических заболеваниях.

Неотложные состояния

Какие Вы знаете неотложные состояния в психиатрии?

Назовите первые мероприятия при острых состояниях страха.

Что делать, если предстоит очевидная суицидальная попытка?

Лечение состояний возбуждения.

На что надо обращать внимание при делирии?

После чего может возникнуть ступор?

Причины и лечение состояний спутанности.

Симптомы интоксикации литием.

Как выглядят нейролептически обусловленные дистонии и как их лечат?

Опасны ли интоксикации транквилизаторами?

Профилактика

Чем различается первичная, вторичная и третичная профилактика?

Примеры психиатрической профилактики.

Соотношение психиатрической терапии и реабилитации с профилактикой.

Примеры фармакотерапевтической профилактики.

Учреждения

Что достигнуто психиатрической реформой?

Почему при возможности отдают предпочтение амбулаторному лечению?

Какие комплиментарные организации Вы знаете?

Преимущества лечения в дневном стационаре.

Какие улучшения наблюдаются в устройстве психиатрических больниц?

Для чего нужны психиатрические отделения в общесоматических больницах?

Какие Вы знаете мероприятия по психиатрической реабилитации?

Какие возможности помощи имеются при старческой деменции?

Предметный указатель*

А

* Составил А. А. Пушкарев

Б

В

Г

Д

Е

Ж

З

И

К

Л

М

Н

О

П

Р

С

Т

У

Ф

Х

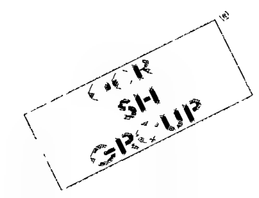
Ц

Ч

Ш

Э

Я



Оглавление

ISBN 985-06-0146-9



Учебное издание

Тёлле Райнер

ПСИХИАТРИЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ ПСИХОТЕРАПИИ

Редактор *Л. В. Рутковская*. Художественный редактор *В. А. Ярошевич*. Технический редактор *Г. М. Романчук*. Корректоры *Л. А. Еркович*, *Н. И. Бондаренко*, *В. В. Неверко*. Компьютерная верстка *А. И. Маль*.

Подписано в печать с оригинала-макета издательства «Вышэйшая школа» 22.03.99. Формат 60×90/16. Бумага офсет.№1. Гарнитура «Тип Таймс». Офсетная печать. Усл. печ. л. 31 + 0,25 цв. вкл. Уч.-изд. л. 35,63. Тираж 4000 экз. Заказ 2599.

ГП «Издательство «Вышэйшая школа»». Лицензия ЛВ №5 от 22.12.97. 220048. Минск, проспект Машерова, 11.

Ордена Трудового Красного Знамени полиграфкомбинат ППП им. Я. Коласа. 220005, Минск, ул. Красная, 23.



Рис. 4. **Франц Гальс** (около 1581–1666). Веселый (?) кутила



Рис. 5. **Альберт Анкер** (1831–1910). Пьяница



Рис. 6. **Эдгар Дега** (1834–1917). Любительница абсента



Рис. 7. **Адриан Броуэр** (1605–1638). Курильщик



Рис. 8. **Филипп Пинель** (1745–1826). Освободил от цепей психически больных в Париже в 1793 г.

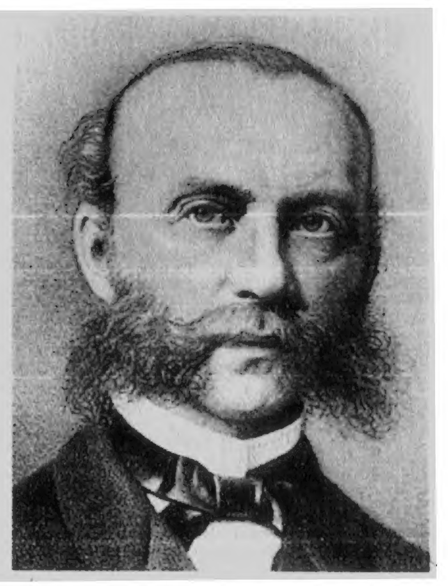


Рис. 9. **Вильгельм Гризингер** (1817–1868), Тюбинген, Цюрих и Берлин Основал научную, как биологически, так и психологически ориентированную психиатрию

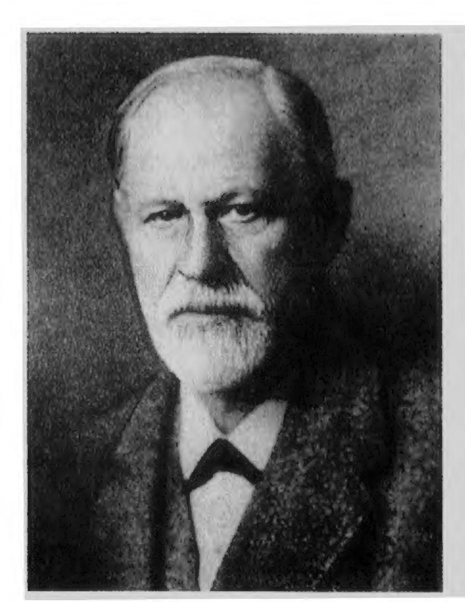


Рис. 10. **Зигмунд Фрейд** (1856–1939), Вена и Лондон. Основатель психоанализа

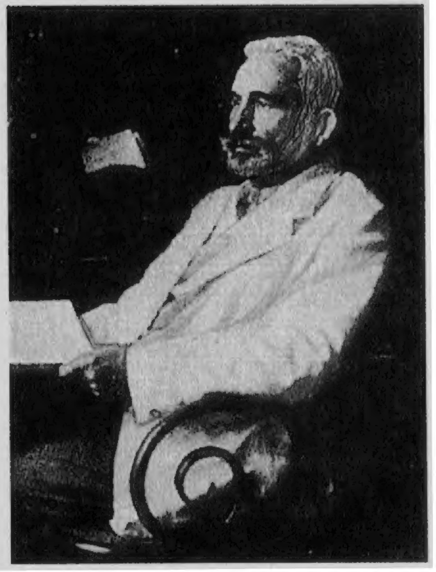


Рис. 11. **Эмиль Крепелин** (1856–1926), Дерпт, Гейдельберг и Мюнхен. Обосновал многообразие психиатрических методов и разработал классификацию болезней

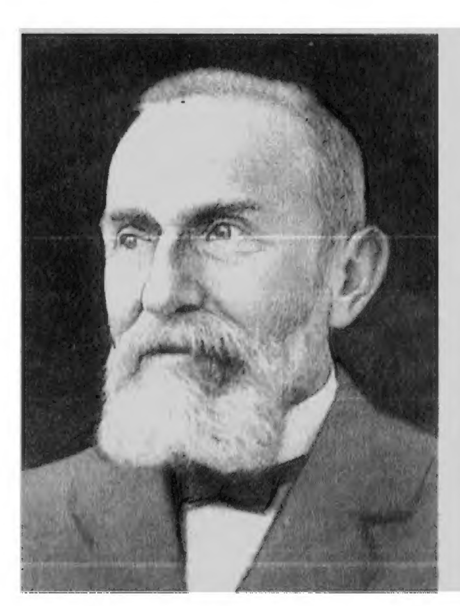


Рис. 12. **Эуген Блейлер (1857–1939), Цюрих. Обосновал место психотерапии в психиатрии, ввел термин "шизофрения"**

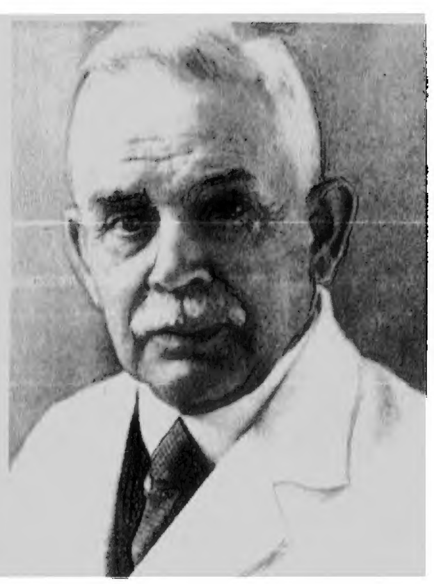


Рис. 13. **Карл Бонгёффер** (1868–1948), Кенигсберг, Гейдельберг и Берлин Разработал концепцию органических психозов и описал психические последствия пребывания в концентрационных лагерях

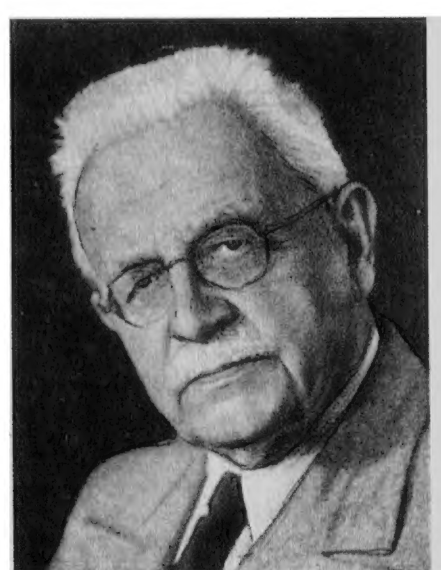


Рис. 14. **Роберт Гаупп** (1870–1953), Тюбинген. Ввел идею о многомерности психиатрии и создал учение о бреде



Рис. 15. **Виктор фон Вайцзеккер** (1886–1957), Гейдельберг. Основатель психосоматической и антропологической медицины



Рис 16 **Фридрих Гёльдерлин** (1770–1843) Заболевший шизофренией (рисунок карандашом Л Келлера)

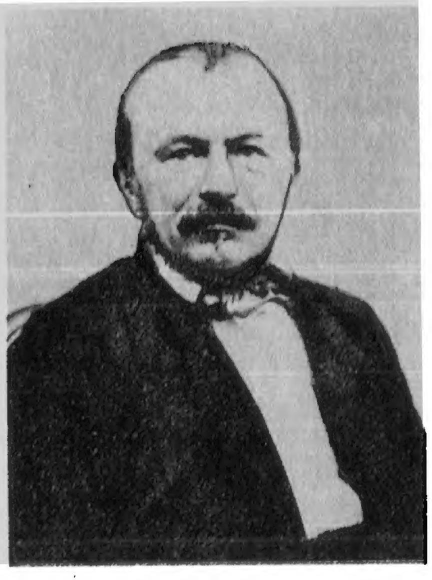


Рис. 17. **Жерар де Нерваль** (1808–1855) Заболевший шизофренией (фотография Надара)

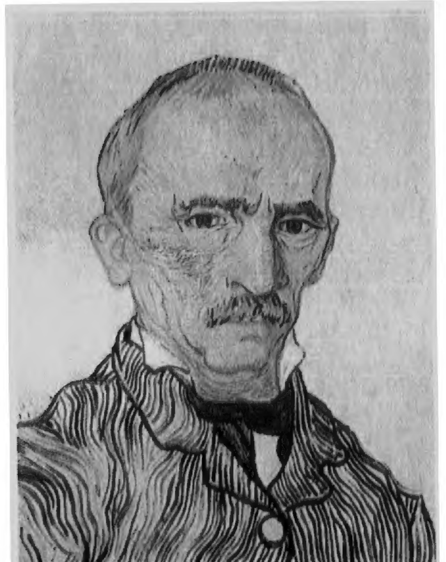


Рис. 18. **Винцент ван Гог** (1853–1890). Надзиратель из Сант–Реми (1889). Олицетворяет надзирательную психиатрию

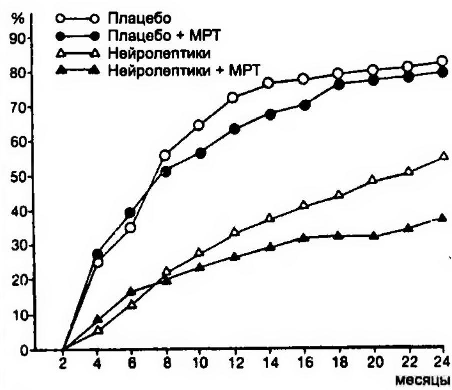


Рис. 19. Шизофрении, продолжительное лечение накопление рецидивов по четырем группам в зависимости от типа лечения (n = 374; по Хогарти с сотр., 1974). МРТ = психосоциотерапия